

Хмельницький інститут соціальних технологій
Відкритого міжнародного університету розвитку людини „Україна”
Управління освіти і науки Хмельницької обласної державної
адміністрації
Управління освіти Хмельницької міської ради
Обласне відділення фонду соціального захисту інвалідів



НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ЗА НАПРЯМОМ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ»

Матеріали круглого столу

25 лютого 2010 року

м. Хмельницький

**Затверджено до друку Вченою радою
Хмельницького інституту соціальних технологій
Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»**

Протокол № 8 від 12 лютого 2010 року

Редакційна колегія:

Чайковський М. Є., к.пед.н., доцент, ректор Хмельницького інституту соціальних технологій ВМУРОЛ „Україна”; **Галімов А. В.**, д. пед. н., професор, проректор з наукової роботи; **Сметанський М.І.**, д.пед.н., професор, завідувач кафедри соціальної роботи, **Березинець В. В.**, к. філос. н., перший проректор з навчально-виховної роботи; **Мурза В.П.**, д.біол.н., професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації.

Стан та напрями удосконалення науково-методичного забезпечення підготовки фахівців напряму «фізична реабілітація, здоров'я людини» / Матеріали круглого столу. – Хмельницький, 2010. – 81 с.

До збірника включені тези та статті круглого столу «Навчально-методичне забезпечення підготовки фахівців за напрямом: «здоров'я людини», що відбувся 25 лютого 2010 року у м. Хмельницькому на базі Хмельницького інституту соціальних технологій Відкритого міжнародного університету розвитку людини „Україна”.

Розрахований на науковців, викладачів вищих навчальних закладів, що здійснюють підготовку фахівців соціальної сфери, а також на всіх, хто працює у сфері фізична реабілітація та здоров'я людини.

ВСТУПНЕ СЛОВО

Ректор Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна», к. пед. наук, доцент Михайло Євгенович Чайковський

Шановні колеги!

Дозвольте висловити задоволення започаткуванням на кафедрі фізичної реабілітації такого важливого і корисного заходу, як «Круглий стіл» з проблем здоров'я людини. Це сьогодні надзвичайно актуально в плані пошуку шляхів якісної підготовки майбутніх фахівців та вдосконалення існуючих практичних підходів до покращення здоров'я населення.

В преамбулі статуту ВООЗ, затвердженого в 1976 р. подається визначення поняття «здоров'я» як стану повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише як ознаки відсутності хвороб або фізичних вад. Вважаємо за слушне нагадати, що під фізичним здоров'ям прийнято розуміти правильне функціонування нашого організму і кожної з його систем. Критерієм психічного здоров'я виступає рівновага та сталість психіки людини, адекватне сприйняття реального світу, нормальна діяльність вищих психічних функцій. Соціальне здоров'я трактується як безконфліктна взаємодія людини з навколишнім світом, доброзичливі стосунки в колективі однолітків, сім'ї, суспільстві, задоволення обраною професією, вплив на особистість інших людей, соціальних груп, соціальних інститутів і суспільства в цілому. Духовне здоров'я вбирає все найкраще в людині, що розкривається через її світобачення, вироблення певних правил поведінки як за законами суспільства, так і за певними моральними нормами, ставлення до життя у відповідності з певною вірою і власними ідеалами. До категорії духовного здоров'я студентської молоді цілком може бути віднесене уміння спілкуватися, яке останніми роками суттєво втрачене через інформаційний вибух і безликість знань, їх відірваність від людини, втрату авторитету старшого покоління.

Фізичне здоров'я людини оцінюють не тільки за станом фізичних функцій організму, але й за їхніми резервними можливостями, які змінюються в

процесі життя. Збільшення або зменшення цих резервів в значній мірі пов'язані зі способом та умовами життя і праці людини. Обставини суспільно-політичного життя в Україні після проголошення нею державної незалежності кардинально змінилися, а спосіб життя, який в основному визначає стан здоров'я людини, нині правомірно розглядають як систему взаємин людини із собою та факторами зовнішнього середовища.

Сучасна ситуація в Україні щодо стану здоров'я молоді, за даними ЮНІСЕФ «Молодь у змінюваних суспільствах» характеризується тим, що 90% усіх підлітків мають відхилення в загальному стані здоров'я, з них 20% мають по 2 і більше захворювань. Відзначена чітка тенденція до зростання захворюваності. Враховуючи, що здоров'я втрачається за роки навчання у школі, питання його зміцнення і збереження формування здорового способу життя стає одним з найважливіших в умовах ВНЗ. Тому завдання педагогічного колективу визначається не стільки тим, щоб не зашкодити здоров'ю студентів, скільки тим, щоб його зміцнити. Ця місія педагогів усіх дисциплін та рангів є очевидною і вагомюю.

В процесі виконання наукової тематики інституту встановлено, що порушення показників фізичного стану у студентів, як правило, поєднуються з відхиленнями в психологічній і соціальній сферах життєдіяльності, що свідчить про необхідність набуття майбутніми фахівцями соціальних професій знань і навиків не лише в обраній спеціальності, але й суміжних спеціальностях для повноцінного вирішення проблем здоров'я населення. Виходячи з цього ми підготували і впровадили в навчальний процес кафедр факультету соціальних технологій окремий навчальний курс «Основи реабілітології».

Метою курсу є формування професійно-орієнтованого світогляду майбутніх фахівців соціальних професій на проблеми реабілітології.

Провідними завданнями курсу визначено:

- розкриття основних теоретичних положень реабілітології;

- обґрунтування провідних напрямів роботи фахівців соціальних професій у визначенні потреб осіб групи ризику в реабілітаційних заходах;
- набуття навиків розробки індивідуальних програм реабілітації з урахуванням вимог Державної типової програми реабілітації інвалідів;
- обґрунтування та створення соціально-педагогічних умов реабілітації людей з особливими потребами.

Перші підсумки впровадження курсу протягом 2007/2008 навчального року підтвердили його ефективність і доцільність подальшого проведення не лише в Хмельницькому інституті соціальних технологій, але й в інших ВНЗ аналогічного спрямування професійної підготовки фахівців.

Наприкінці дозвольте висловити надію, що сьогоднішнє обговорення актуальних проблем здоров'я людини буде плідним як в теоретичному, так і в практичному плані, а цей науковий захід на кафедрі фізичної реабілітації стане регулярним.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ ЗА НАПРЯМОМ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ» СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

Галімов Анатолій Володимирович

*проректор з наукової роботи ХІСТ ВНЗ ВМУРоЛ «Україна» д.п.н.,
професор*

Шановні колеги!

Рух України до світового співтовариства, суттєві зміни у підходах суспільства до збереження та зміцнення здоров'я людини як однієї з найвищих цінностей та пріоритетного напрямку державної політики визначили потребу у підготовці фахівців за напрямом „Фізичне виховання і спорт” зі спеціальності „Здоров'я людини”.

Професія фахівця з фізичної реабілітації в Україні є порівняно новою галуззю професійної діяльності, що знаходиться на етапі становлення.

Суб'єктом професійної діяльності фахівців з фізичної реабілітації, як представників соціономічних професій, є окрема людина чи група людей, які потребують комплексної реабілітаційно-оздоровчої допомоги.

Цим детермінуються вимоги до професійних якостей майбутніх фахівців: високий рівень професійних знань, умінь і навичок, відповідальність за здоров'я людей, уміння налагоджувати продуктивні міжособистісні стосунки, ефективно співпрацювати з пацієнтами та колегами, створювати позитивний емоційний мікроклімат, уникати конфліктних ситуацій, передбачати та адекватно оцінювати соціальні наслідки різнопланової реабілітаційної діяльності.

Практика засвідчує, що формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації здійснюється завдяки вивченню дисциплін, розподілених за різними циклами підготовки про що ми сьогодні з вами обговоримо. Ми глибоко переконані в тому, що кожний фахівець в галузі фізичної реабілітації має добре володіти теорією і практикою валеології - науки про шляхи досягнення індивідом оптимального рівня здоров'я, а також мати

професійну компетентність в справі застосування традиційних та інноваційних методик оздоровлення (масаж, кисневі процедури, використання мінеральних і термальних вод, сонячної енергії, лікувальних грязей, цілющого кольору, музики, аптечних п'явок, продуктів бджільництва, бібліотерапії, медитативної техніки, різних рослинних, мінеральних і мікроелементних добавок і коктейлів, а також адаптогенів і антиоксидантів, здорове харчування і регулярні фізичні навантаження).

Слід брати до уваги той факт, що в більшості країн сучасного світу спостерігається зростання інвалідності людей, пов'язане з ускладненням процесів виробництва, збільшенням транспортних потоків, виникненням озброєних конфліктів, погіршенням якості навколишнього середовища і великою кількістю стресогенних чинників.

На разі виникає нагальна потреба у кваліфікованих фахівцях, спроможних не тільки вирішувати питання відновно-реабілітаційного порядку, але й добиватися того, щоб здоровий стиль життя став основним камертоном життєдіяльності кожного нашого громадянина, а особливо молоді.

На нашу думку, в цій підготовці ключове місце повинна зайняти категорія якості життя - поняття, що включає поєднання умов життєзабезпечення і стану здоров'я. Гармонія цих умов дозволяє досягти високого рівня фізичного, психічного, а також соціального благополуччя і самореалізації людської особистості.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНО-ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ НАПРЯМУ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ»

Власов Василь Володимирович *доктор медичних наук, професор кафедри фізичної реабілітації;*

Кравчук Людмила Степанівна *заступник завідувача кафедри фізичної реабілітації, старший викладач кафедри фізичної реабілітації*

Рух України до світового співтовариства, суттєві зміни у підходах суспільства до збереження та зміцнення здоров'я людини як однієї з найвищих цінностей та пріоритетного напрямку державної політики визначили потребу у підготовці фахівців за напрямом „Фізичне виховання і спорт” зі спеціальності „Здоров'я людини”.

Професія фахівця з фізичної реабілітації в Україні є порівняно новою галуззю професійної діяльності, що знаходиться на етапі становлення.

Це зумовлює підвищений інтерес науковців до проблем фізичної реабілітації хворих різних нозологічних груп (Г. Верич, О. Дубогай, В. Мурза, В. Мухін, С. Попов, В. Язловецький т. ін.).

Суб'єктом професійної діяльності фахівців з фізичної реабілітації, як представників соціономічних професій, є окрема людина чи група людей, які потребують комплексної реабілітаційно-оздоровчої допомоги.

Цим детермінуються вимоги до професійних якостей майбутніх фахівців: високий рівень професійних знань, умінь і навичок, відповідальність за здоров'я людей, уміння налагоджувати продуктивні міжособистісні стосунки, ефективно співпрацювати з пацієнтами та колегами, створювати позитивний емоційний мікроклімат, уникати конфліктних ситуацій, передбачати та адекватно оцінювати соціальні наслідки різнопланової реабілітаційної діяльності.

Практика засвідчує, що формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації здійснюється завдяки вивченню дисциплін, розподілених за різними циклами підготовки. До циклу фундаментальних дисциплін відносяться медико-біологічні дисципліни, що

мають високу професійну значущість. Однак особливості медико-біологічної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації, її спрямованість на ефективне формування професійної компетентності ще не в достатній мірі розкрито.

Специфіка професійної діяльності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації передбачає врахування особливостей міжособистісної взаємодії між усіма суб'єктами реабілітаційного процесу (Г. Бойко, В. Кукса, О. Міхєєнко, В. Мурза, В. Мухін, Л. Сущенко т. ін.) та потребує спрямування професійної підготовки студентів не лише на знаннєво-репродуктивний норматив, а й на досягнення ними високого рівня соціально-психологічної компетентності.

У зв'язку з цим умовою формування професійної компетентності фахівців з фізичної реабілітації визнано групову навчальну діяльність студентів, що має значні потенційні можливості у плані їхньої підготовки до виконання професійних функцій у системі „людина – людина” (М. Артюшина, І. Герасимчук, Л. Марисова, Н. Савельєва, О. Ярошенко).

Ми глибоко переконані в тому, що кожен фахівець в галузі фізичної реабілітації має добре володіти теорією і практикою валеології - науки про шляхи досягнення індивідом оптимального рівня здоров'я, а також мати професійну компетентність в справі застосування традиційних та інноваційних методик оздоровлення (масаж, кисневі процедури, використання мінеральних і термальних вод, сонячної енергії, лікувальних грязей, цілющого кольору, музики, аптечних п'явок, продуктів бджільництва, бібліотерапії, медитативної техніки, різних рослинних, мінеральних і мікроелементних добавок і коктейлів, а також адаптогенів і антиоксидантів, здорове харчування і регулярні фізичні навантаження).

Слід брати до уваги той факт, що в більшості країн сучасного світу спостерігається зростання інвалідності людей, пов'язане з ускладненням процесів виробництва, збільшенням транспортних потоків, виникненням

озброєних конфліктів, погіршенням якості навколишнього середовища і великою кількістю стресогенних чинників.

На разі виникає нагальна потреба у кваліфікованих фахівцях, спроможних не тільки вирішувати питання відновно-реабілітаційного порядку, але й добиватися того, щоб здоровий стиль життя став основним камертоном життєдіяльності кожного нашого громадянина, а особливо молоді.

На нашу думку, в цій підготовці ключове місце повинна зайняти категорія якості життя – поняття, що включає поєднання умов життєзабезпечення і стану здоров'я. Гармонія цих умов дозволяє досягти високого рівня фізичного, психічного, а також соціального благополуччя і самореалізації людської особистості.

Крім того, вважаємо, що у професійній підготовці фахівців з напрямку «Здоров'я людини» в центрі уваги повинні бути поставлені:

- вчення про здоров'я, адаптаційні реакції і резистентність організму;
- розробка нової методології фізичної реабілітації, що визначає тісний взаємозв'язок; взаємодію її теоретичних положень з їх практичною реалізацією в умовах спеціального психомоторного тренінгу;
- вдосконалення навиків лікувального комплексного психофізичного тренування;
- формування знань з сучасних методів до нозологічної діагностики в практиці масових обстежень населення;
- комп'ютерне моделювання тестових програм оцінки рівня здоров'я, його ушкодженості, фізичної підготовленості реабілітантів;
- моніторинг здоров'я різних вікових груп.

Кардинальною метою професійної підготовки фахівців з даного напрямку є важлива громадська домінанта - подолання негативних тенденцій формування здоров'я у дорослих і дітей, сприяння відновленню здоров'я до його оптимальних значень у осіб, що страждають на хронічні недуги; повернення до нормального

життя людей з фізичними дефектами, відставанні в розвитку і тих, кого називають "людина з особливими потребами".

Система професійної підготовки фахівців у зв'язку з провідними тенденціями сучасної освіти потребує кардинальної оптимізації змін форм і методів організації самого навчального процесу, у вдосконаленні змісту навчання і зміні педагогічної парадигми.

Підготовка фахівців з напрямку «здоров'я людини» є складною, проте досить перспективною справою.

Шляхів підвищення ефективності професійної підготовки таких фахівців, діяльність яких пов'язана з базисною цінністю людства - здоров'ям, шукають у всіх цивілізованих країнах.

В Україні проблеми якісного і результативного навчання плідно розробляються на базі застосування новітніх досягнень філософії освіти, психофізіології, інформатики, а також теорії управління пізнавальною діяльністю людини.

Сьогодні в нашому суспільстві чітко проектується перехід на гуманістичну методологію навчання і виховання, проте в навчальному процесі вищої школи все ще зберігаються дисгармонії між фронтальними способами професійної підготовки і індивідуальними формами навчально-пізнавальної роботи кожного студента. Зберігаються також певні суперечності між необхідністю диверсифікації освіти і одноманітністю змісту і відносною мізерністю навчальних технологій. Не зжитий досі домінуючий пояснювально-ілюстративний характер викладання, а діяльнісний характер навчання, що довів свою надзвичайну цінність, все ще не став загальноновизнаним в стінах вищих навчальних закладів більшості регіонів .

Одним з найважливіших пріоритетів рішення зазначених проблем є (стосовно професійної підготовки фахівців) розробка і активне упровадження в практику вищої школи новітніх ефективних педагогічних технологій. Перехід загальної школи і вищих навчальних закладів від авторитарної педагогіки до

педагогіки співпраці передбачає адекватне і послідовне упровадження особистісно-орієнтованих технологій освіти і виховання, з переводом навчання на суб'єктивні підстави з домінуючою установкою на всебічне самовдосконалення особистості студента.

Дуже важливими є завдання - розробки стратегії і тактики розпізнавання відхилень в стані здоров'я індивіда на тій стадії, коли важко вирізнити певну симптоматику і чітко виставити обґрунтований діагноз хворобливого стану (донозологічна діагностика у фазі перед хвороби). Велике значення має вчення про здоров'я індивіда і положення щодо здоров'я суспільства.

Таким чином, можна констатувати, що проблема підготовки фахівців фізичної реабілітації є важливою не тільки з вузькомедичної точки зору. Тут значно більше невирішених питань і нерозв'язаних проблем лежить у педагогічній площині процесу підготовки фахівців цього напрямку.

Професія фахівця з напрямку «здоров'я людини» відноситься до інноваційних і тому у підготовці фахівців слід застосовувати найбільш прогресивні навчальні технології та підходи.

Є потреба у визначенні основного механізму педагогічної діагностики сформованості спеціальних знань, умінь та навиків, визначенні показників формування різних рівнів компетентності та професіоналізму студентів в системі післядипломної освіти, науковому обґрунтуванні несуперечливої системи педагогічних умов, що сприятимуть формуванню високо компетентного, конкурентоздатного, готового до рішення будь-яких професійних завдань фахівця, створити систему комплексного формування професійної компетентності студентів на базі проектної методики засобами особистісно-орієнтованої освіти.

Література:

1. Д'яченко Т.В. Стан вивчення проблеми підготовки фахівців-реабілітологів в освітньому просторі України // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наук. монографія за

ред.проф. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2007. - №10. – С.38-41.

2. Дьяченко Т.В., Подройко А.В., Бугеля Т.Н. Применение методов активного обучения при подготовке специалистов по физической реабилитации // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наук. монографія за ред. проф. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2004. - №16. – С.54-57.

3. Пересадин Н.А., Дьяченко Т.В. Реабилитология. Стратегия и тактика эффективного восстановления здоровья. Монография. – Луганськ: Знання, 2004. – 480с.

4. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1999.-6

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Мурза Віталій Петрович *завідувач кафедри фізичної реабілітації, Академік Української академії наук, доктор біологічних наук, професор*

Кравчук Людмила Степанівна *заступник завідувача кафедри фізичної реабілітації, старший викладач кафедри*

Дана проблема має не лише медичне, а й соціально-економічне і загальнолюдське значення, оскільки йдеться мова про дітей, хворих з першого дня ураження і все своє свідоме життя ведуть боротьбу за одужання. Тому ці діти потребують від суспільств не тільки матеріальної допомоги, а й людського співчуття, моральної допомоги та підтримки. Пошук нових методів реабілітації цієї важкої групи хворих інтенсивно ведуться спеціалістами в різних країнах світу. Головною метою лікування хворих на ДЦП є зниження ступеню ураженості рухових, психо-мовних порушень, підвищення можливостей самообслуговування, навчання, трудових навичок, що в своєму кінцевому результаті покращує якість життя хворих.

Вкрай важливого значення у дітей з церебральним паралічем набувають психологічні аспекти реабілітації. На думку таких авторів: Р.Д.Бабенкової, Е.А.Данілавічюте, Л.А.Данилової, Л.С.Дробот, Т.Д.Ілляшенко, М.В.Іпполітової, М.Б.Ейдінової, Е.С.Калижнюк, О.М.Мастюкової, М.М.Малофєєва, А.Г.Обухівської, Є.П.Постовойтова, О.В.Романенко, Н.С.Скрипки, Н.В.Симонової, Л.І.Ханзерук та інших дослідників) аномалії розвитку психіки при ДЦП включають порушення формування пізнавальної діяльності і емоційно-вольової сфери особистості[1].

Контингент дітей з церебральним паралічем за рівнем розумової діяльності вкрай неоднорідний. Одні з них близькі до однолітків, які нормально розвиваються, інші, що складають більшість, відрізняються низькою пізнавальною активністю, що виявляється у відсутності інтересу до занять, в недостатньому рівні психічного напруження, поганій зосередженості, повільності і пониженим перемиканням психічних процесів. Низька розумова працездатність пов'язана з церебростенічним синдромом, який характеризується швидким зростанням втоми при виконанні інтелектуальних завдань. У результаті знижується здатність до запам'ятовування і концентрації уваги, посилюються зорово-моторні розлади, психічна млявість, емоційна лабільність і рухове розгальмування, або навпаки, гіподинамія, частішає головний біль. Порушується цілеспрямована діяльність, діти не аналізують вихідні умови завдань, не планують і не контролюють свої дії.

Слід зазначити, що при ДЦП часто не формуються основні передумови, на яких базується логічне мислення, що сукупно з емоційно-вольовою незрілістю визначає затримку психічного розвитку; в розладі поведінки і емоційно-вольової сфери у вигляді некритичності, імпульсивності, ейфорії та апатії. Особливістю розвитку таких дітей є олігофренія, при якій виявляється недорозвиток не тільки інтелектуальної діяльності, але й психіки загалом, відсутність абстрактного мислення і вищих, передусім гностичних, функцій. Олігофренія спостерігається приблизно у 50 відсотків хворих на церебральний параліч, що було об'єктом

спеціального дослідження таких вчених: Д.Н.Ісаєв 1982, Е.М.Мастюкова 1985, В.М. Мухін 1968, Г. Штутте 1967) [5].

У дітей з церебральним паралічем має місце порушення емоційно-вольової сфери, яке найчастіше виявляється підвищеною емоційною збудливістю в поєднанні з вираженою нестійкістю вегетативних функцій, загальною гіперестезією, підвищеною виснаженістю нервової системи. При цьому у дітей стійко порушений сон (труднощі засинання, часті пробудження, неспокій в нічний час).

Ефективне збудження у одних виявляється в надмірній вразливості, схильності до страхів, емоційній збудливості, дратівливості, руховому розгальмуванні; у інших – у боязкості, сором'язливості, загальмованості. Крім підвищеної емоційної збудливості спостерігається стан повної байдужості (апатико-абулічний синдром), слабкість вольового зусилля, несамостійність, прищеплюваність, виникнення катастрофічних реакцій при різних ситуаціях.

Для дітей з церебральним паралічем характерний фобічний синдром, або синдром страхів. Він характерний для багатьох дітей з цією патологією. Підвищена вразливість у поєднанні з емоційною збудливістю і ефективно. Інертністю створює сприятливий фон для виникнення неврозу страху, який викликає недиференційовані нічні страхи, є сприятливим підґрунтям для виникнення істеріоформних реакцій. Такі реакції провокуються образою або незадоволенням своїх вимог і бажань і супроводжуються бурхливими проявами – падінням на підлогу, криком, агресивністю по відношенню до навколишніх, соматовегетативними порушеннями. При неправильному вихованні ці реакції закріплюються і набувають умовно-рефлекторного характеру і, перетворившись на звичні форми поведінки, можуть стати вихідним моментом у формуванні паталогічного характеру [2].

У наш час існує багато методів лікування ДЦП – це лікувальна фізична культура, медичні процедури, фізіотерапевтичне лікування, медикоментозне лікування, лікування музикою, психопедагогічне лікування і т.д. У наш час існує

близько 25 методик лікувальної фізичної культури, які можуть застосовуватись для дітей з руховими розладами центрального характеру. Майже всі вони мають спільні риси[3].

Значний внесок в розвиток методики використання лікувальної фізкультури належить К.А. Семеновій, Н.М. Махмудові 1979, які вказували на те, що лікувальна фізична культура спільно з іншими видами лікування залежить від часу, початку лікування, віку хворого, характеру захворювання і впливає ефективно на рухову сферу. Їхні методики базуються на знанні закономірностей рухового розвитку здорової дитини і механізмів формування рухової патології у дітей з церебральним паралічем. Важливим на думку авторів є розвиток мовної, зорової і слухової функцій у процесі занять. На думку ряду авторів Л.О.Бадаляна 1988, В.А. Ісанова 1993, Е.І. Рогачова 1977, С.А. Семенова, О.Е. Штеренгерца 1973, приватними завданнями можуть бути такі: порушення рухливості в суглобах, стабілізація опороздатності, підвищення працездатності організму, навчання правильного дихання, відновлення рухової активності, тіло виховання, формування правильної постави, тренування рівноваги, поліпшення координації рухів, відновлення їх ритмічності й узгодженості[7].

При дії фізичних вправ поліпшується рухова функція, координація між нервовими імпульсами і збільшується максимальна продуктивна сила м'язів, навіть не тренованих, тобто мається ефект «переносу» тренувальних впливів[6]. Надзвичайно важливими для реабілітації хворих ДЦП є заняття лікувальними фізичними вправами. Рання і систематична корекція рухових порушень, здійснювана в єдиному комплексі лікувально-педагогічних заходів, сприяє попередженню і подоланню багатьох порушень, що ускладнюються і виявленню компенсаторних можливостей дитячого мозку. Особливу роль у цьому процесі і відіграє фізичне виховання. Основним завданням фізичного виховання дітей із ДЦП є розвиток і нормалізація рухів. Неправильний руховий розвиток дитини з ДЦП починається з неправильного положення його голови, шиї і спини. Хоча на сьогодні і не вироблено єдиного способу лікування, що дає можливість

відновити ушкоджений мозок. Однак, якщо працювати по науково обгрунтованій програмі, то нервова система, що знаходиться в неушкодженому стані, може виконувати усі свої функції.

Література:

1. Азарський І.М., Азарська О.О., Колосов В.М., Чайковський М.Є. Комплексна соціальна реабілітація інвалідів дитинства.- К.: Університет «Україна», 2008.- 314 с.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.А. Детские церебральные параличи.- Киев: «Здоровье», 1988. - 328 с.
3. Ганзина Н.В. Система рекреативно-восстановительных мероприятий в социальной адаптации инвалидов с последствиями ДЦП. Автореферат дисс., канд.мед. наук, М.Р.Гафк,- 1997 – 24 с.
4. Исанова В.А. Коррекция двигательных нарушений в поздней резуальной стадии детского церебрального паралича // Автореф.дисс. канд.мед.наук, Москва, 1993. - 21 с.
5. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличем. - Ташкент: Медицина, 1979.- 487 с.
6. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація: Підруч. – К.: Олан, 2005.– 608с.
7. Штеренгерц А.Е. Лечебная физкультура при паралитических заболеваниях у детей и подростков.- Киев: Здоровье, 1973.- 100 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДБОРУ ТЕХНІЧНИХ ЗАСОБІВ З МЕТОЮ ЕФЕКТИВНОЇ ПРОФЕСІЙНО-ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МОЛОДІ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ У ВНЗ

Сидорченко Катерина Миколаївна

в.о. доцент кафедри фізичної реабілітації

Сьогодні реабілітологи у більшості випадків працюють з людьми з обмеженими функціями. Одним з важливих компонентів необхідних для інвалідів є надання умов для організації і здійснення спортивно-оздоровчої роботи.

Серед чинників, що обмежують підтримку оптимального психофізіологічного стану інвалідів, виконання їх соціальної, трудової, учбової та інших видів діяльності, є гіподинамія та гіпокінезія. Їх негативний вплив на всі органи та функціональні системи людини добре відомий та неодноразово описувався у науковій літературі. Протидіяти розвитку патофізіологічних та функціональних змін в організмі людини, оптимізувати її психофізіологічний стан може тільки правильно організована рухова активність.

Будь-яка придбана інвалідність ставить перед людиною проблему адаптації до життя у своїй новій якості, оволодіння життєво та професійно необхідних рухових вмінь та навиків, розвитку та вдосконалення спеціальних фізичних та вольових якостей та здібностей, формування яких неможливо без використання засобів та методів фізичної культури. Оскільки взаємодія природного і соціального, природного і «рукотворного» лежить в основі людської діяльності, то фізична культура виступає як базовий, фундаментальний прошарок всієї культури, що присутній у будь-якій сфері людської діяльності.

Фізична культура вміщує в себе види діяльності, які найбільш придатні для виховання особистості, її соціалізації, а спортивно-оздоровчі та рекреаційні напрямки фізичної культури призводять до спілкування інвалідів один з одним та іншими людьми. Все це позитивно діє на духовний стан інваліда, його моральні якості, життєві інтереси та ціннісні орієнтації. В цілому, особливе

значення для життєздатності та соціальної активності інвалідів має освоєння ними мобілізаційних цінностей фізкультурно-спортивної діяльності: здатності раціональної організації свого стилю життя, внутрішньої дисципліни, зібраності, швидкості оцінки ситуації й прийняття рішення, наполегливості у досягненні поставленої мети, тощо.

Проведення спортивно-оздоровчої роботи з інвалідами передбачає створення відповідних матеріально-технічних умов: оздоблення спортивних приміщень та споруд до потреб інвалідів відповідних нозологічних груп; конструювання та виготовлення протезної техніки для занять фізичними вправами; створення спеціальних засобів пересування — спортивних візків, адаптованих до використання у тому чи іншому виді фізкультурно-спортивної діяльності; розробки та застосування допоміжних технічних засобів та тренажерів, спеціального спортивного одягу, страхувальних приладів, тощо.

Для обладнання спортивних приміщень та споруд використовують різні прилади для виконання змагальних рухових дій та переміщення спортсмена-інваліда до місця тренування, тренажери для засвоєння рухових дій і розвитку фізичних якостей.

Засоби протезної техніки для занять фізичною культурою та спортом поділяються на:

— технічні засоби для інвалідів з дефектами верхніх кінцівок (технічні засоби для керування велосипедом, плавання, тримання лижної палиці, насадки для користування гантелями, гри в настільний теніс, бадмінтон, гольф, бейсбол, стрільби з лука, греблі веслами);

— технічні засоби для інвалідів з дефектами нижніх кінцівок.

Для занять бігом необхідні спеціальні енергозберігаючі штучні стопи, гідравлічні чи пневматичні колінні модулі, спеціальні конструкції приймальних гільз та інші вузли, що забезпечують зниження ударних навантажень на тканини культі, загальне навантаження на організм людини і істотно поліпшуючі техніку бігу. Для плавання використовуються спеціальні протези з водостійких

матеріалів. Найважливішою частиною будь-якого протезу є приймальна гільза, що багато в чому визначає ефективність його використання. Вибір вузлів, матеріалів, конструкції протеза визначається з урахуванням рівня ампутації, анатомо-функціональних особливостей культі, ступенем рухової активності, психологічними та фізичними даними інваліда, видом спорту та іншими чинниками.

Інвалідні візки розрізняються за своїм призначенням, конструктивними особливостями, вазі, габаритам, тощо. В залежності від призначення вони диференціюються за конструкцією: для використання у домашніх умовах — легкі та надлегкі; дорожні, прогулянкові, складні; за управлінням — з ричаговим приводом, однією чи обома руками, з електроприводом, з електронним чи сенсорним управлінням, і т.д. Конструкції та розміри візків різні для дітей, підлітків, дорослих. Конструкції сучасних спортивних візків розрізняються як за своїми компоновальними параметрами, так і в залежності від призначення та використання, наприклад для гри у баскетбол, теніс, для участі у гонках, тощо.

З допомогою тренажерів можна створити оптимальні умови для засвоєння займаючимися запропонованої інформації та виконання дій. Тренажери, що компенсують невідсутні компоненти координаційної, фізичної, психічної готовності інвалідів, регулюючи енергосилові параметри взаємодій інваліда з оточуючим середовищем, полегшують процес виконання вправ, зменшують захисні реакції займаючихся і тим самим оптимізують роботу каналу прямого зв'язку.

Фахівці з фізичної реабілітації мають знати всі види перерахованих технічних засобів, розуміти особливості їх застосування та вимоги до них. Реабілітологи повинні вміти правильно підібрати технічний засіб, оцінити стан його справності та надати пацієнту необхідну інформацію про експлуатацію приладу. Знання про важливість вибору технічного засобу та їх призначення допоможуть неповносправним обрати необхідний прилад, візок чи протез, а

правильний підбір дозволить прискорити час одужання або полегшити умови існування пацієнта.

Література:

1. Аристова Л. В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: [уч. пос.] / Л. В. Аристова. — М., 2002. — 192 с.: ил.
2. Верхало Ю. Н. Тренажеры и устройства для восстановления здоровья и рекреации инвалидов / Ю. Н. Верхало. — М.: Советский спорт, 2004. — 536 с.: ил.
3. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры : [учебное пособие / под ред. проф. С. П. Евсеева]. — М.: Советский спорт, 2000. — 152 с.
4. Посібник для підготовки користувача інвалідним візком з ручним приводом / Пітер Аксельсон, Деніз Ямада Чесни, Жан Мінкель [та ін.]. — Санта Круз, ПАКС Пресс. — 170 с.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ З МЕТОЮ ПОКРАЩЕННЯ РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кравчук Людмила Степанівна

заступник завідувача кафедри фізичної реабілітації ХІСТ ВНЗ ВМУРол «Україна»

Розвиток науки і техніки, потік інформації, що постійно збільшується, ведуть до інтенсифікації навчального процесу у вищих навчальних закладах. Такі процеси супроводжуються збільшенням об'єму навчального матеріалу, що призводить до підвищення інтенсивності і напруженості розумової праці студентів. За таких умов студенти піддаються таким чинникам ризику як високе нервово-емоційна напруження, недостатня рухова активність. Все частіше виявляється невисока функціональна підготовленість студентської молоді до необхідної розумової активності. Тривалі розумові перевантаження у поєднанні з гіподинамією можуть призвести до зниження фізичних і психічних

можливостей студентів, перевагами і захворювань. До цього слід додати несприятливу екологічну ситуацію і складні економічні і соціальні умови. У боротьбі з такими чинниками особливе місце займає фізична культура, яка є найбільш дієвим методом з-поміж усіх інших видів фізичної реабілітації, що обґрунтовується як система відновлення і зміцнення здоров'я людини, підвищення її працездатності, зокрема, розумової.

Виходячи із вищезазначеного, нами було проаналізовано, як процес фізичного виховання в системі вищого навчального закладу (ВНЗ) впливає на розумову працездатність та стан опорно-рухового апарату студентської молоді та чи можна його вважати оздоровчим заходом.

Тому мета наших досліджень полягала у визначенні рівня розумової працездатності у студентів з порушенням постави в умовах навчальної діяльності.

Організація досліджень. Нами були проведені дослідження у Хмельницькому інституті соціальних технологій у умовах експерименту впродовж 2008-2009 навчального року. Аналізувався стан здоров'я 88 студентів 1-4 курсів соціально-гуманітарного факультету.

Результати досліджень. Показано, що рівень розумової працездатності у студентів з порушенням постави на початку семестру низький, а кількість студентів, віднесених до спеціальних медичних групи збільшується. Так, у 2008 н/р. у спеціальній медичній групі займалося 35 студентів (41,1 %), у 2009 р. – 42 студентів (47,7%), хоча кількість повністю звільнених від занять з фізичного виховання знизилася з 14 осіб (7%) до 8 осіб (4%) в цих же роках.

З точки зору об'єктивної оцінки стану здоров'я важливі як медичні висновки, так і самооцінка студентами свого здоров'я. На погане здоров'я вказувало 8 % молодих людей, що для цього віку достатньо багато. Скарги мали різноплановий характер, найбільш часто (44%) відзначали у себе зниження зору (що не завжди знаходило підтвердження в окулістів), головні болі турбували більшість (72%) студентів. Але, разом з тим, лише половина студентів дійсно

активно піклується про підтримку власного здоров'я, відвідуючи, хоч і не регулярно, спортивні секції (54%).

З метою обґрунтування рівня розумової працездатності нами проведена оцінка та аналіз даних умов і організація навчання у ВНЗ, які дозволили констатувати, що у Хмельницькому інституті соціальних технологій в організації навчального процесу має місце такий негативний фактор, як збільшення навчального навантаження, що сприяє передчасному розвитку втоми. Високі навантаження, особливо на молодших курсах, негативно відображаються на стані здоров'я і на режимі навчальної праці та відпочинку – в кінцевому підсумку знижують загальну розумову працездатність.

Висновки. Умови та організація навчального процесу з фізичного виховання (дворазовими академічними заняттями на молодших курсах) у ВНЗ не сприяють поліпшенню здоров'я студентів і не підвищують розумову працездатність.

Стан розумової працездатності (стійкості і концентрації уваги) студентів вірогідно знижується впродовж терміну навчання, зокрема продуктивність розумових операцій ($P < 0,001$); значно збільшується кількість допущених помилок ($P > 0,05$).

Література:

1. Апанасенко Г.Л., Науменко Р.Г. Соматическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида / Теор. практ. физ. культ. – М., 1998. – № 4. – С. 29.
2. Апанасенко Г.Л., Волгіна Л.Н., Бушуев Ю.В. Експрес-скрінг рівня соматичного здоров'я дітей та підлітків: Метод. рекомендації. – К., 2000. – 12 с.
3. Дюкарева А.М. Состояние здоровья студентов по данным комплексного социального-гигиенического исследования: Респ. сб. науч. труд. /Под ред Ю.П. Лисицина. – М. – Ростов-на-Дону, 1983. – С. 92-97.
4. Лифанова Е.В., Томарева И.В. Технология количественной оценки уровня здоровья и риска его нарушения у студентов вуза //Сб. науч. трудов

«проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в XXI». – Вып. 2. – Волгоград, 2004. – 168-171.

5. Платонов В.Н. Актуальные проблемы высшей школы и пути перестройки физкультурного образования //Теор. и практ. физич. культ. – 1990. - № 4. – С. 5-10.

ОСОБЛИВОСТІ СФЕРИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ЗА НАПРЯМОМ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ» - ПРОБЛЕМИ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ

Веретко Ірина Андріївна

старший викладач кафедри фізичної реабілітації, здоров'я людини ХІСТ
ВМУРОЛ «Україна»

Після вступу України до Європейського освітнього простору однією з найважливіших проблем в освіті слід вважати її неперервність. Основою повинна стати ідея переходу від школи знань до школи культури. Це питання особливо актуальне у сфері фізичної реабілітації, а саме її напрямку «здоров'я людини» [2].

Підготовка кадрів і підвищення їх кваліфікації – це найважливіші взаємозв'язані ланки неперервної підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини». Питання особливості сфери професійної підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини» стали предметом дослідження на рівні кандидатських і докторських дисертаційних робіт, в яких наголошується, що неперервність підготовки фахівців буде забезпечена, якщо при її проектуванні будуть враховані й розглянуті умови для свідомого засвоєння об'єктивних цінностей культури як необхідної суб'єктивної потреби особи [3, 4, 5].

Метою роботи є аналіз стану проблеми сфери професійної підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини».

Результати досліджень. Одним з головних завдань освіти є всебічний розвиток особистості. Ця соціальна мета, на наш погляд, реалізується через забезпечення загальної освіти поряд з духовною й філософською спрямованістю; економічним завданням неперервної освіти необхідно вважати готовність випускників до педагогічної роботи, з економічно вигідною віддачею.

Неперервна освіта неможлива без процесу формування інформаційної культури майбутнього фахівця. Темпи розвитку соціуму, інтереси людей, потреби, що постійно змінюються, створюють передумови для фахівців сфери «здоров'я людини» опанувати все новими знаннями, новітніми й оздоровчими технологіями. Сучасний ринок праці диктує необхідність постійного підвищення кваліфікації, оновлення професійних знань. До такої постановки питання готові лише фахівці, що уміють добувати нову інформацію й ефективно її використовувати в педагогічній і управлінській діяльності. Проте потрібно врахувати, що йдеться не просто про поповнення рівня знань майбутнього фахівця, а про розвиток здатності знаходити потрібну інформацію, осмислювати її, упроваджувати у практичну діяльність, оперативно відгукуватися на інноваційний досвід, а також проектувати, створювати, експериментально апробувати інновації, уміти їх наполегливо й цілеспрямовано поширювати [1]. У зв'язку з цим доцільно говорити про моделі інноваційної неперервної освіти. Дана модель повинна містити етапи навчання професії. На першому етапі вибудовуються взаємозв'язки предметних знань і професійних технологій, формується інноваційне мислення. На другому етапі структуруються нові знання й уміння, вивчаються інноваційні технології, що впливають на підвищення якості навчання. На третьому етапі вивчається наукова й інноваційна методологія з подальшим її застосуванням на практиці. Дуже важливий момент у процесі формування фахівця за напрямом «здоров'я людини» – це сприймання нової формації – урахування обставини динаміки зміни якості професійного становлення, професійної компетенції і професійного інноваційного мислення в предметній галузі.

Обговорення точки зору різних авторів і розробників офіційних документів [3;4], присвячених проблемі неперервної освіти й суті явища, дозволило виділити наступне:

1. Неперервна освіта в сучасному освітньому просторі є однією з пріоритетних проблем і знаходиться у стадії осмислення фахівцями різних галузей знань.
2. Існує два різні підходи до розуміння проблеми неперервної освіти: від неприйняття до головної і, можливо, продуктивної єдиної ідеї на сучасному етапі.

Відзначаються три основні аспекти суті неперервної освіти:

Перший – коли в неперервній освіті бачать професійну освіту дорослих, так зване підвищення кваліфікації, а по суті компенсаторну, додаткову освіту, частину «кінцевої» або освіту «на все життя».

Прихильники іншого віддають перевагу педагогічно-організованим формальним структурам (гуртки, курси, ФПК, засоби масової інформації, заочне і вечірне навчання).

Ідея довічної освіти – потреба особи, прагнення до пізнання себе й навколишнього світу, освіта «крізь усе життя» є основою третього підходу, який, на наш погляд, є найбільш продуктивним і перспективним.

У третьому підході неперервна підготовка розглядається як новий спосіб організації освітньої діяльності, що забезпечує й випереджає розвиток знань та спирається на соціокультурний базис.

Зростання ролі неперервної освіти в сучасній соціально-економічній ситуації призводить до того, що поряд з традиційними функціями педагога (навчання, виховання, допомога в розвитку, оцінка, робота з батьками тощо) в умовах модернізації освіти актуалізуються також професійні функції: організація змістовної і професійної сторін освіти й соціокультурного середовища. Останнім часом стають більш затребуваними комунікативні функції (уміння вести соціальний діалог, забезпечити соціальне партнерство, пов'язане з

управлінською, економічною, правовою, соціальною, культурно-просвітницькою діяльністю тощо).

Інформатизація суспільства вимагає постійного зростання об'ємів знань, тому більш важливим для педагога стає вміння вести науково-дослідну роботу, як самостійну, так і зі студентами в рамках і програмах проєктів різного рівня.

Позитивна в цілому динаміка неперервної підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини» визнає наявність проблем, обумовлених як зовнішніми чинниками, так і внутрішніми особливостями сучасної діяльності. У першу чергу до них слід віднести:

1. Зниження престижності педагогічної освіти, пониження соціального статусу викладача з основ здоров'я.
2. Відсутність концепції професійної неперервної підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини», нормативно-правової бази й економічних механізмів її реалізації.
3. Відсутність розробок наукових і науково-методичних основ діагностики якості неперервної освіти, а також механізму підвищення якості підготовки кадрів.
4. Відсутність науково-обґрунтованого планування змісту освіти сучасної неперервної підготовки фахівців.
5. Неузгодженість методологічних підходів при створенні й реалізації спадкоємних державних освітніх стандартів і програм усіх рівнів і ступенів неперервної освіти, механізму їх моніторингу.
6. Відсутність теоретично обґрунтованих підходів науково-методичного забезпечення неперервної підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини» на різних етапах і рівнях освіти.
7. Відсутність педагогічних технологій підготовки фахівців до ведення навчально-виховної роботи з різновіковим колективом на різних ступенях неперервної підготовки.

Неперервна освіта фахівців у галузі «здоров'я людини» гостро потребує :

- а) створення нормативно-правової бази;
- б) формування економічних механізмів;
- в) удосконалення державного й соціального захисту тих, що навчаються, а також випускників загальноосвітніх і спеціальних установ;
- г) розробки теоретичних основ і науково-методичного забезпечення, удосконалення методів і механізмів прогнозування й розвитку;
- д) проведення моніторингу стану забезпечення неперервної освіти учбовою літературою, мультимедійними і іншими засобами навчання.

Реалізація програми модернізації процесу неперервної професійної підготовки фахівців за напрямом «здоров'я людини» вимагає розробки, створення й забезпечення освітнього процесу навчальними програмами спецкурсів, навчальними і навчально-методичними посібниками, зміст яких повинен бути націлений на зміну професійного мислення фахівців, озброєння їх новими знаннями і уміннями, інноваційними технологіями. Спецкурси з даної проблеми можуть успішно засвоюватися майбутніми фахівцями в рамках національно-регіонального (вузівського) компоненту державного освітнього стандарту вищої професійної освіти.

Рішення постановлених завдань можливо при створенні програми неперервної освіти в підготовці фахівців за напрямом «здоров'я людини». Реалізація програми дозволить забезпечити:

- конкурентоспроможність і професійну мобільність випускників на ринку праці;
- спадкоємність змісту освіти на всіх рівнях і ступенях;
- підготовку фахівців до продуктивної професійної діяльності в умовах модернізації освіти.

Література:

1. Буштрук В.Д., Войнар Ю., Костюченко В.Ф., Шубин Е.Г. Физическая культура и её формирование в процессе высшего профессионального образования. Учеб. Пособие / СПб ГУАП. СПб., 2003.- 45 с.

2. Зволинская Н.Н., Маслов В.И. Квалификационная характеристика специалиста по физической культуре и спорту: Учебное пособие для слушателей ФПК и других форм обучения. М.: ГЦОЛИФК, 1990.
3. Каргаполов Е.П., Приходько В.В. К разработке онтологии непрерывного физкультурного образования// Теория и практика физической культуры, 1990. N 12.
4. Маслов В.И., Зволинская Н.Н. Высшее физкультурное образование сегодня и завтра// Теория и практика физической культуры. 1990. N 12. - С.2-11.
5. Платонов В.Н. Актуальные проблемы высшей школы и пути перестройки физкультурного образования// Теория и практика физической культуры, 1990. N 4. - С.5-10.

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ З МЕТОЮ ПОКРАЩЕННЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ЗА НАПРЯМОМ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ»

Матвійчук Вікторія Маноліївна

*Викладач кафедри фізичної реабілітації, здоров'я людини ХІСТ ВМУРОЛ
«Україна»*

Основною формою організації навчальної діяльності практично у всіх країнах світу є сьогодні класно-лекційна система. Будучи прогресивною протягом чотирьох століть поспіль, сьогодні, в умовах науково-технічного прогресу, вона перестала задовольняти потреби суспільства в освіті і потребує вдосконалення. Критика цієї системи найчастіше пов'язана з пасивністю студентів на заняттях та відсутністю інтересу до навчання, зниженням якості знань, перевантаженням студентів навчальним матеріалом.

Підвищити ефективність навчального процесу можна використовуючи сучасні інноваційні технології, зокрема технології інтерактивного навчання, перетворюючи, таким чином, традиційне заняття в інтерактивне.

Інтерактивність у навчанні можна пояснити як здатність до взаємодії, навчання у режимі бесіди, діалогу, дії. Отже, у дослівному розумінні інтерактивним може бути названий метод, в якому той, хто навчається, є учасником, тобто здійснює щось: говорить, управляє, моделює, пише, малює тощо. Він не виступає лише слухачем, спостерігачем, а бере активну участь у тому, що відбувається, власне створюючи це явище [2].

Н.С. Мурадова стверджує, що інтерактивне навчання – це навчання, заглиблене в процесі спілкування. Для підвищення ефективності процесу навчання необхідна наявність трьох компонентів спілкування, а саме: комунікативний (передача та збереження вербальної і невербальної інформації), інтерактивний (організація взаємодії в спільній діяльності) та перцептивний (сприйняття та розуміння людини людиною) [1].

О. Пометун вважає, що інтерактивними можна вважати технології, які здійснюються шляхом активної взаємодії студентів у процесі навчання. Вони дозволяють на підставі внеску кожного з учасників у ході заняття спільною справою отримати нові знання і організувати корпоративну діяльність, починаючи від окремої взаємодії двох-трьох осіб поміж собою й до широкої співпраці багатьох [3,4].

Застосування інтерактивних технологій висуває певні вимоги до структури занять, яка, як правило, складається з п'яти елементів:

Мотивація - мета цього етапу – сфокусувати увагу студентів на проблемі й викликати інтерес до обговорюваної теми. З цією метою можуть бути використані прийоми, що створюють проблемні ситуації, викликають у студентів здивування, подив, інтерес до змісту знань та процесу їх отримання, підкреслюють парадоксальність явищ та подій (коротка розповідь викладача, бесіда, демонстрування наочності, й нескладна інтерактивна технологія («мозковий штурм», «мікрофон», «криголам» тощо). Цей елемент заняття має займати не більше 5% часу заняття.

Оголошення, представлення теми та очікуваних навчальних результатів мета – забезпечити розуміння студентами змісту їхньої діяльності, тобто того, чого вони повинні досягти на занятті і чого від них чекає викладач. Еталонною є ситуація, коли після Вашого заняття студент не тільки знає, розуміє, чого він досяг, а й чого він хотів би, мав би досягти на наступному занятті з Вашого предмета, чого він взагалі хоче від Вас і Вашого курсу для свого життя. Цей елемент заняття теж має займати не більше 5% часу заняття.

Надання необхідної інформації - мета цього елемента, етапу заняття – дати студентам достатньо інформації, для того щоб на її основі виконувати практичні завдання, але за мінімально короткий час. Це може бути міні-лекція, читання роздаткового матеріалу, опанування інформацією за допомогою технічних засобів навчання або наочності. Ця частина заняття займає близько 10-15% часу.

Інтерактивна вправа – центральна частина заняття її метою є засвоєння навчального матеріалу, досягнення результатів заняття. Інтерактивна частина заняття має займати близько 50-60% часу на занятті. Обов'язковою є така послідовність і регламент проведення інтерактивної вправи:

- Інструктування – викладач розповідає учасникам про мету вправи, правила, послідовність дій і кількість часу на виконання завдань; запитує, чи все зрозуміло учасникам (2-3 хв.).
- Об'єднання в групи і (або) розподіл ролей (1-2 хв.).
- Виконання завдання, при якому викладач виступає як організатор, помічник, ведучий дискусії, намагаючись надати учасникам максимум можливостей для самостійної роботи і навчання у співпраці один з одним (5-15 хв.).
- Презентація результатів виконання вправи (3-15 хв.).
- Рефлексія результатів студентами: усвідомлення отриманих результатів, що досягається шляхом їх спеціального колективного обговорення або за допомогою інших прийомів (5-15 хв.).

Рефлексія здійснюється в різних формах: у вигляді індивідуальної роботи, роботи в парах, групах, дискусії, в письмовій та усній формі. Вона застосовується після найважливіших інтерактивних вправ, після заняття.

Технології рефлексії після окремих вправ, фрагментів заняття:

- З якою метою ми робили цю вправу?
- Які думки вона у вас викликала?
- Які почуття?
- Чому ви особисто навчилися?
- Чому б хотіли навчитись у подальшому?

Підбиття підсумків (рефлексія) заняття - на цьому етапі багато викладачів схильні розслабитися і провести коротке, нечітко структуроване обговорення; усі погоджуються, що все було цікаво і цим справа закінчується. Викладач йде з почуттям виконаного боргу; студенти розходяться з почуттям, що спробували щось новеньке. Але підбиття підсумків – це дуже важливий етап інтерактивного заняття. Саме тут проясняється зміст проблемного; підводиться ризика під знаннями, що повинні бути засвоєні, і встановлюється зв'язок між тим, що вже відомо, і тим, що знадобиться їм у майбутньому.

Функції підсумкового етапу заняття:

1. прояснити зміст опрацьованого;
2. порівняти реальні результати з очікуваними;
3. проаналізувати, чому відбулося так чи інакше;
4. зробити висновки;
5. закріпити чи відкоригувати засвоєння;
6. намітити нові теми для обміркування;
7. установити зв'язок між тим, що вже відомо, і тим, що потрібно засвоїти, навчитись у майбутньому;
8. скласти план подальших дій.

Технологізація навчання передбачає обов'язкову рефлексію характерною для інтерактивного навчання, під якою в педагогіці розуміють

здатність людини до самопізнання, вміння аналізувати свої власні дії, вчинки, мотиви й зіставляти їх із суспільно значущими цінностями, а також діями та вчинками інших людей.

Висновки.

Отже, інтерактивні технології навчання при потребують від усіх учасників навчального процесу розвитку комунікаційних умінь, навичок роботи в парах і групах, вмінь аргументувати й дискутувати тощо. В цілому інтерактивне навчання створює сукупний ефект, який виявляється в тому, що на фоні програмного засвоєння знань формуються:

1. вміння співробітничати, продуктивність якого характеризується зміною стратегії взаємодії, можливості залучати студентів у навчальну взаємодію і характером групової взаємодії;
2. комунікативна компетентність, що визначається зміною стилю спілкування, усвідомленням бар'єрів спілкування, характером вирішення комунікативних завдань;
3. толерантність, яка характеризується сприйняттям інших людей і забезпечує повноту та адекватність спілкування в різних ситуаціях .

Література:

1. Мурадова Н.С. Коммуникативносвязующая роль культуры общения студентов технических заведений в интерактивном обучении. – <http://www.ostu.ru/conf/ruslang2004/trend2/muradova.htm>
2. Організація навчально-виховного процесу. З досвіду роботи вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації./ Ред.Салмай Н.М., Цибенко Н.В. – Випуск 10. – 2007. – с.80-95.
3. Пометун О., Пироженко Л. Інтерактивні технології навчання: теорія, практика, досвід. – К., 2002.
4. Пометун О., Пироженко Л. Сучасний урок: Інтерактивні технології навчання. – К., 2004.

УРОГЕНІТАЛЬНИЙ МІКОПЛАЗМОЗ ТА БЕЗПЛІДДЯ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

О.М. Юзько¹, Антонецька Н.Б.²

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.

Шурика¹,

кафедра фізичної реабілітації Університет «Україна»².

Наведено сучасні дані про роль мікоплазму при безплідді. Своєчасна діагностика та адекватна терапія запальних захворювань сечостатевої системи, спричинених молікутами, дозволяють усунути порушення репродуктивної системи в жінок із безпліддям. В огляді висвітлені біологічні властивості мікоплазм, етіологія, патогенез, класифікація, клінічна картина, диференційна діагностика. Крім того, наводиться аналіз методів лікування мікоплазму.

Запальні захворювання жіночих статевих органів є наслідком інфікування статевих шляхів, в першу чергу піхви, як аеробними, так і анаеробними мікроорганізмами. Дуже часто в пацієнок виявляються 2-3 анаеробних збудника хвороби та 1-5 аеробних культур. Багатьма дослідженнями доведений синергізм у стосунках між цими мікробами [1,4,8]. Значимість проблеми збільшується внаслідок постійного росту частоти уrogenітальних інфекцій, які передаються статевим шляхом і створюють загрозу порушення репродуктивної функції вже в молодому віці [1,2,6].

Етіологія та патогенез

Джерелом інфекції при уrogenітальному міко- чи уреapлазмозі є асимптомний носій чи людина, що хворіє гострою чи хронічною формою захворювання з маніфестним чи безсимптомним протіканням. Розповсюдження в організмі відбувається каналікулярно, трансплацентарно, лімфогенно, гематогенно та за рахунок сперматозоїдів. Найчастіше виявляються мікоплазми в осіб 24 - 40 років. Внутрішньоутробне інфікування міко- чи уреapлазмами плоду проходить завдяки інфікованій матері у 5,5-23% випадків. Зараження новонародженого - в родах, при проходженні через інфіковані родові шляхи (50% немовлят від інфікованих матерів). Можливий також контактнo-побутовий

шлях передачі, але він зустрічається досить рідко. Встановлено, що частота виявлення мікоплазм залежить від статевої активності людини. Висіваємість мікоплазм із цервікального каналу шийки матки в жінок репродуктивного віку поза вагітністю не перевищує 13,3%, при кольпітах вона збільшується до 23,6% та досягає 37,9% при ерозіях шийки матки. Під час вагітності висіваємість мікоплазм, збільшується в 1,5 – 2 рази [5,8]. У жінок, яким властиво звичне невиношування вагітності, висіваємість мікоплазм і поза вагітністю складає 24,4%. Уреаплазми та мікоплазми рідко існують у вигляді моноінфекції (для *U.urealyticum* 1,6-24,5%, *M.hominis* 2-3,2%). Найбільш часті асоціації з факультативно-анаеробними мікроорганізмами, дещо рідше – з хламідіями, ще рідше з вірусами. У 73 -79% *U.urealyticum* зустрічається в асоціації з *Gardnerella vaginalis*, рідше – *Chlamydia trachomatis* (25-30%), *Mycoplasma hominis* (21,4%) та іншими збудниками. *M.hominis* виявляється найбільш часто в асоціації з *Gardnerella vaginalis*, рідше – з *U.urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* та вірусами простого герпесу. Перебіг захворювання викликаного асоціацією мікроорганізмів, важче, ніж моноінфекції.

Урогенітальний мікоплазмоз відноситься до розповсюджених інфекцій сечостатевого тракту серед жінок репродуктивного віку та перебігає у вигляді уретритів, циститів, вульвовагінітів, бартолінітів, ендцервіцитів з подальшими ускладненнями у вигляді сальпінгітів і оофоритів в 15–40%. У 10–16% хворих можливо безсимптомне носійство. До урогенітальних відносять 5 видів мікоплазм: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma fermentans*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma penetrans*. Найчастіше при урогенітальних інфекціях знаходять – *Ureaplasma urealyticum* та *Mycoplasma hominis*, решта зустрічаються рідко. Мікоплазми відносять до умовно патогенних мікроорганізмів, вони здатні викликати виражені патологічні зміни запального характеру з формуванням тривалоперсистуючої інфекції та торпідним перебігом з вираженими аутоімунними ускладненнями.

Неодноразово автори [6,9] звертали увагу на роль молікутів при

безплідді та необхідність діагностики і лікування даної інфекції. Існує ризик зменшення ефективності програм допоміжних репродуктивних технологій інфікованої пари та лапароскопічного лікування безпліддя.

U.urealyticum володіє уреазною активністю. При гідролізі сечовини утворюється аміак, який здійснює токсичний ефект на клітини-мішені в організмі, місцеву мікрофлору сечостатевого шляхів та цитотоксичну дію на клітини *in vitro*. Мікоплазми є мембранними паразитами, які конкурують з клітиною- господарем за субстрат, виснажують її енергетичні та матеріальні резерви, порушують обмін амінокислот, синтез білків, нуклеїнових кислот, формують нову генетичну інформацію та спотворюють структуру її активної поверхні, що може призвести до зміни процесів всмоктування, метаболізму, екскреції та обміну біологічними сигналами з іншими клітинами та системами організму. Несвочасне і неадекватне лікування даної патології є причиною безпліддя, позаматкової вагітності й тазового болю.

Згідно даних американських авторів, уреоплазми виявлені в 80% жінок із симптомами генітальної інфекції та в 51% жінок із порушенням репродуктивної функції. Одні дослідники *U. urealyticum* із більшою частотою (40-95%) виявляють у сексуально активних жінок, інші вважають, що висвіаємість уреоплазми в жінок коливається від 0 до 80% [9,10].

В останні роки вважається доказаною роль уреоплазм у розвитку вторинної інфекції труб після гонореї в жінок, повторних самовільних викиднів і хоріоамніотитів у пологах, в розвитку перинатальних ускладнень, таких як уповільнений внутрішньоутробний розвиток, пневмонія, менінгіт.

Graber і співавтори показали, що *U. urealyticum* виявляється в цервікальному каналі безплідних жінок більш ніж у два рази частіше, в порівнянні зі здоровими жінками (80% і 36% відповідно), і в набагато більшій кількості [9]. Проте інша група авторів не зуміла виявити статистично значиму різницю по відношенню до уреоплазмової або мікоплазмової колонізації цервікального каналу між безплідними, здоровими вагітними та здоровими

невагітними жінками. Вони показали, що у безплідних жінок *U. urealyticum* виявляється в цервікальному каналі навіть рідше, ніж у вагітних (47% проти 72%, $p < 0,025$), та інтерпретували цей факт як ефект естрогенів, які сприяють проліферації мікроорганізму. Проте в безплідних жінок із патологією маткових труб *U. urealyticum* виявлялася значно частіше, ніж у безплідних жінок без трубної патології. Більш того, у безплідних жінок, які не мають трубної патології, *M. hominis* не виявлялася зовсім, а при трубній патології виявлялася в 25% випадків[7,8]. В іншій роботі було показано, що хоча цервікальна колонізація *U. urealyticum* трапляється однаково часто як у безплідних, так і в здорових жінок, проте колонізація ендометрія більш характерна для безплідних жінок (26-50% в порівнянні з 7-7,5% у здорових жінок[2]. Також було виявлено, що *U. urealyticum* у цервікальному каналі в 20 з 28 безплідних жінок і 11 з них шляхом дослідження біопсії ендометрія показали наявність фокального хронічного ендометрита. При цьому всі 8 жінок, негативних по відношенню до *U. urealyticum*, не мали ендометрита [9].

Класифікація. По топографії ураження виділяють захворювання нижнього уrogenітального тракту (уретрит, парауретрит, бартолініт, кольпіт, ендоцервіцит) та висхідну інфекцію (ендометрит, сальпінгіт, сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт).

По тривалості захворювання розрізняють свіжий уреоплазмоз (інфікування до 2х місяців) – гострий, підгострий та хронічний (інфікування більше 2х місяців), для якого характерне малосимптомний перебіг.

Клінічна картина. Спектр прояву клінічної картини запальних захворювань статевих органів, інфікованих мікоплазмами – від гострого до стертого, майже до повної відсутності проявів. Також можливе самовиліковування чи перехід запального процесу в хронічну форму з періодичним загостренням. Може відбуватись висхідне поширення інфекції з розвитком пієлонефриту та запальних захворювань внутрішніх статевих органів.

При хронічних захворюваннях характерне порушення перебігу вагітності, а саме: самовільні викидні або загроза переривання вагітності, пізній токсикоз, багатовіддя, плацентарна недостатність, затримка розвитку та гіпотрофія плоду, передчасне відшарування плаценти, передчасні роди, а також розвиток під час вагітності гострих запальних захворювань сечостатевої системи (вульвіт, цистит, кольпіт).

Клінічні прояви уреї-мікоплазменного вульвовагініту неспецифічні. Спостерігається гіперемія генітальної області, набряклість вульви та вагіни. Виділення з вагіни – рідкі, з'являються при напруженні м'язів черевної стінки, дефекації, сечопуску, піднятті важких предметів, можуть підсилюватись в період овуляції. Свербіння при моноінфекції незначне. Може спостерігатись кровоточивість тканин, сухість слизової оболони, екскоріація, синехії зовнішніх статевих органів.

Мікоплазмозний цервіцит, а саме викликаний *U.urealyticum*, часто поєднується з уретритом. Цервіцит при гострому перебігу характеризується слизово-гнійними виділеннями, при хронічному протіканні виділення частіше слизові, рідкі, періодично підсилюються, особливо під впливом несприятливих факторів. Ознаки запалення ендocerвіксу при мікоплазмозах неспецифічні в своїх проявах: слизова оболонка набрякла, судинна сітка розширена, велика кількість ретенційних наботових кіст.

Прояви хронічного ендометриту характеризується міжменструальними кров'янистими виділеннями, болями в животі, а також діареєю, тошнотою, рвотою. Досить часто хворих турбують тривалі, що періодично підсилюються, рідкі чи слизово-гнійні білі, при вагіноскопії знаходять слизово-гнійні виділення із цервікального каналу.

Сальпінгіт мікоплазменної етіології характеризується тривалим стертим перебігом, що призводить до циліарної дискінезії, утворенню злук в маткових трубах та безпліддю. Характерні періодичні неінтенсивні болі внизу живота, що підсилюються при переохолодженні, в середині чи в кінці менструації, в

середині циклу (в період овуляції). При огляді виявляють болочість, збільшення та пастозність додатків, при ультрасонографічному дослідженні – збільшення додатків в розмірах, при гострому перебізі чи загостренні хронічного запального процесу. При хронічному перебігу захворювання при ехографії можуть визначатися гіперехогенні включення, порушення архітекτονіки внутрішніх статевих органів (додатки, як правило “припаяні” до матки). Пацієнти можуть скаржитись на болі в животі, крижово-поясничній ділянці. Загострення захворювання пов’язано з переохолодженням, інфекційними захворюваннями, стресами, гормональною перебудовою організму в період статевого дозрівання.

Лабораторна діагностика. Сучасним, доступним та високоефективним методом діагностики мікоплазмозу є культуральний метод, тобто посів виділень на рідкі діагностичні середовища та виділення збудника на культурі клітин. Через високу специфічність та чутливість (умовна - 100%, реальна – близько 80%) метод називають “золотим стандартом”.

Використання ПЛР дозволило значно скоротити час і підвищити надійність остаточних результатів діагностики багатьох інфекційних захворювань людини, а підбір суворо специфічних параметрів до певних видів урогенітальних мікоплазм (специфічних ділянок ДНК) дозволяє з високою ймовірністю ідентифікувати окремі їх види, що є особливо важливим для розширення уявлень про етіологічну значущість кожного виду в розвитку запальних захворювань сечостатевої сфери. Специфічність і чутливість методу складає 99-100%. Практично виключаються хибнопозитивні результати, тому, даний метод може служити для підтвердження критеріїв виліковності УГМ [2].

Алгоритм обстеження жінок із безпліддям трубного походження та мікоплазмозом доцільно доповнити використанням швидких експрес цито–тестів «Міко-скан» та «Уреа-скан» інтраопераційно в умовах *in vitro* під час лапароскопії для визначення присутності даної інфекції в маткових трубах. При застосуванні даних тестів результат отримуємо вже через 10 хвилин. Тест повинен використовуватися для визначення антигенів мікоплазменної інфекції у

клінічних зразках. Він є якісним і тому не може визначати кількісний вміст молекулів або рівень вмісту їх антигенів. Даний тест вказує на наявність антигенів молекулів у зразку в життєспроможному або нежиттєспроможному стані. Кількість мікроорганізмів у зразку для дослідження впливає на визначення молекулів. Це обумовлено технічною стороною забору матеріалу (зразка) та такими факторами як вік пацієнтки, наявність в анамнезі захворювань, що передаються статевим шляхом, наявними симптомами, тощо. Як і в усіх випадках діагностики, результати тесту повинні розглядатися в сукупності з усією клінічною інформацією. Важливим моментом діагностики є обов'язковий контроль з використанням культурального методу діагностики для зменшення хибнопозитивних результатів.

Лікування. Клінічна ефективність лікування мікоплазмозу із застосуванням сучасних етіотропних препаратів з урахуванням чутливості збудника складає за даними різних авторів 65–80%, що стало підставою для переоцінки традиційних підходів у лікуванні досліджуваної патології та включення до комплексної терапії препаратів імунотропної дії. Впровадження ефективних методів діагностики та лікування безпліддя, спричиненого мікоплазмозом, потребує подальшої розробки.

Перспективним при лікуванні запальних захворювань уrogenітальної системи вважають використання сучасних антибіотиків, зокрема препарата Ципринол, в комплексній терапії запальних захворювань уrogenітальної системи. Застосування даного фторхінолового антибіотика підвищує ефективність лікувальних заходів, сприяє зниженню частоти рецидивів захворювання. При застосуванні Ципринолу спостерігається найменша частота побічних ефектів в порівнянні з іншими антибіотиками [1,3].

Дані літератури свідчать, що уrogenітальна інфекція постійно супроводжується зниженням рівня місцевого імунітету. До комплексного лікування уrogenітальної патології з антибіотикотерапією необхідно включати імунокорегуючі препарати [2,3].

В терапії запальних захворювань геніталій вірусно-бактеріальної етіології вчені Інституту урології АМН України, застосовують інтерферон та препарат Протефлазид, що має суттєве значення в механізмах противірусної і протибактеріальної активності [3].

Також пропонують поєднане застосування препаратів Кірин та Клеримед, що веде до пригнічення умовно-патогенних бактерій, хламідій, мікоплазми, уреаплазм, кандид і гарднел, впливає на локальні захисні механізми піхви, сприяє відновленню механізмів колонізаційної резистентності, дозволяє суттєво знизити частоту рецидивування, нормалізує мікробіологічний статус і мікробіоценоз статевих шляхів у пацієнок з хронічним сальпінго-оофоритом, обумовленим МІКСТ-інфекцією [2].

Вважають, що антибіотик-макролід Вільпрафен (джозаміцин) високо ефективний у лікуванні хламідіозу, уреаплазмозу та мікоплазмозу у вагітних, і рекомендують його з цією метою включити до комплексу лікувальних заходів у даної групи вагітних [1].

Для лікування жінок із безпліддям трубного походження, у яких під час лапароскопії з допомогою швидкого теста підтверджено міко-уреаплазмоз, рекомендовано використання:

при хронічному мікоплазмозі: вільпрафен по 500 мг по 1 табл. 2 рази на добу – 15–20 днів; ліастен 5 мл в/м 5 днів; віферон № 12 per rectum.

при гострому мікоплазмозі: вільпрафен по 500 мг по 1 табл. 2 р/добу – 10 днів; ліастен 5 мл в/м 3 дні; віферон № 12 per rectum [1].

Терапія генітальних мікоплазмозів повинна включати етіотропне, патогенетичне, симптоматичне лікування та місцеву терапію на вогнища ураження. При лікуванні гострих форм антибактеріальна терапія більш ефективна навіть при одному курсі лікування. При персистуючих, ускладнених формах досить часто застосовують повторні курси [1,2,4].

Культуральне дослідження проводиться не раніше, ніж через 14 днів після завершення терапії. Імунофлюоресцентний тест та полімеразну ланцюгову

реакцію застосовують не раніше, ніж через 5-6 тижнів після закінчення лікування [1,2,5].

Під час реабілітації призначають галавіт по 0,1 г через 72 год в кількості 20 ін'єкцій внутрішньом'язево. Галавіт - єдиний імуномодельючий препарат із протизапальною дією, регулює активність макрофагів та синтез цитокінів, підсилює фагоцитарну та проліферативну активність субпопуляцій Т-лімфоцитів і має антиоксидантну дію. Крім того, призначають наступні методики: діадинамофорез йодом (20 процедур 1-2 рази на день), індуктотерапію (20 проц. 1-2 рази на день), інтерференцтерапію (30 проц. 1-2 рази на день), краніальну електростимуляцію (20 проц. 1раз на день), лазеротерапію (20 проц. 1-2 рази на день), гальванізацію (15 проц. 1-2 рази на день).

Критерії ефективності проведеного лікування. Виявлення *U.urealyticum* не є показником неефективності терапії. Потрібно орієнтуватись на титр уреа- та мікоплазм – він не повинен перевищувати 10^3 КУО/мл.

Для профілактики рецидивів, реінфекції та ускладнень необхідно дослідження та лікування статевих партнерів, обстеження та лікування через 3 та 6 місяців після лікування.

Література:

1. Антонецька Н.Б. Діагностика та лікування уrogenітальних мікоплазмозів у жінок з безпліддям трубного походження. / Н.Б. Антонецька, О.М. Юзько // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2007. – Вип. 16, кн. 3. – С. 30–33.

2. Вдовиченко Ю.П., Соболев С.И., Форостяная Е.В. Современные аспекты лечения воспалительных заболеваний гениталий, обусловленных микст-инфекцией.// Репродуктивное здоровье женщины – 2005 - №1. – С. 99-103.

3. Г.Д. Гордеева Современные аспекты диагностики и лечения вагинальных инфекций // Репродуктивное здоровье женщины – 2005 - №1. –С. 8-11.

4. Веропотвелян П.М., Дубоссарська З.М., Веропотвелян М.П., Авксентьев О.Н., Завгородня Л.І. Ефективність комплексної терапії при мікоплазменних та уреоплазменних інфекціях. // Педіатрія, акушерство та гінекологія – 2003. - №2. – С. 87-90
5. Беспалова О.Н., Аржанова О.Н. и соавт. Генетические факторы предрасположенности к привычному невынашиванию беременности ранних сроков// Журнал акушерства и женских болезней.- 2001. - №2.- С. 8-13.
6. Буткова О.І., Галаган В.О., Коломійцева А.Г. Медико-генетичне консультування подружніх пар з внутріматковою загибеллю плода в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія.- 2001. - №2.- С. 96-99.
7. Кирюшенков П.А., Ходжаева З.С. и соавт. Современные подходы к лечению невынашивания малых сроков беременности иммунологического генеза. // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гинекологов.- 2001. - №2.- С. 53- 57
8. Прилепская В.П., Абуд И.Ю. Урогенитальный микоплазмоз // Журнал Нова медицина – 1998. – Том 6, №5. – С. 4-9
9. Mardth P.A. The vaginal ecosystem. Am. J. Obstet. Gynecol. 1991; 165(4): P. 1163-1168
10. Bleichenbacher M., Haenel A. Perinatal risk in mycoplasmosis. // Geburtshilfe und Frauenheikkunde.- 1995. - Vol.55, №6.- P. 339 - 344.
11. Abele Horn M.et. al. Assotiation of Ureaplasma urealyticum biovars with clinical outcome for neonates. // J. Clin Microbiol. 1997, 35,(5): P. 377-381

**ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-ТРАНСФЕРНОЇ СИСТЕМИ
ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ З МЕТОЮ ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ
ФАХІВЦІВ НАПРЯМУ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ»**

Васил'євих Людмила Григорівна

к.біол.н, доцент кафедри фізичної реабілітації

На сучасному етапі стає невирішеним питання щодо запровадження європейських стандартів освіти, які були зазначені у наказі МОН України «Про структуру освітньо-професійних програм та навчальних планів підготовки бакалаврів» № 101 від 10.02.2010р.

Згідно цього наказу пропонується такий розподіл кредитів між циклами:

для фізико-математичних, природничих та технічних напрямів:

- цикл професійної та практичної підготовки — 156 кредитів ECTS;
- цикл фундаментальної, природничо-наукової та загальноекономічної підготовки — 60 кредитів ECTS,
- цикл соціально — гуманітарної підготовки — 24 кредити ECTS,

для гуманітарних і соціально-економічних напрямів:

- цикл професійної та практичної підготовки — 168 кредитів ECTS.
- цикл фундаментальної, природничо-наукової та загальноекономічної підготовки — 36 кредитів ECTS,
- цикл соціально — гуманітарної підготовки — 36 кредитів ECTS,

Усього отримуємо 240 кредитів, що складає 8640 годин (1 кредит – 36 годин).

Можливе відхилення обсягу відведеного навчального часу на вивчення кожного з зазначених циклів підготовки в межах 2 кредитів ECTS.

Цим же наказом затверджується, що підсумковий контроль з нормативних дисциплін циклів фундаментальної, природничо-наукової та

загальноєкономічної підготовки, професійної та практичної підготовки треба проводити у формі екзамену.

Встановлюється мінімальний обсяг практичної підготовки фахівців з вищою освітою освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра в обсязі 6 тижнів (9 кредитів ECTS) за рахунок нормативної частини змісту освіти та дозволити вищим навчальним закладам збільшувати обсяг практичної підготовки за рахунок вибіркової частини змісту освіти.

Зазначається, що державна атестація фахівців з вищою освітою освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра передбачає:

- державний екзамен з української мови (за професійним спрямуванням);
- державний екзамен з напрямку підготовки з однієї або декількох базових дисциплін, або випускню кваліфікаційну роботу бакалавра.

Внесена пропозиція пропозиції стосовно єдиних вимог до підготовки та проведення державного екзамену з напрямку підготовки, у тому числі у формі зовнішнього незалежного оцінювання для окремих галузей освіти.

Наказ № 642 від 9.07.2009р. «Про організацію вивчення гуманітарних дисциплін за вільним вибором студента» встановлює перелік нормативних дисциплін гуманітарної та соціально-економічної підготовки для бакалаврів:

- | | |
|--|--------------------|
| –Українська мова (за професійним спрямуванням) | – 3 кредити ECTS; |
| – Історія України | – 3 кредити ECTS; |
| – Історія української культури | – 2 кредити ECTS; |
| – Іноземна мова | – 5 кредитів ECTS; |
| – Філософія | – 3 кредити ECTS. |

У разі, якщо дисципліни, що входять до переліку нормативних, є профільними для відповідного напрямку підготовки (спеціальності), то вони вилучаються з нього з відповідним збільшенням обсягу часу на професійну та практичну підготовку.

Запропонований студентам перелік вибіркових дисциплін має містити не менше 20 навчальних дисциплін і обсяг вибіркової дисципліни, як правило повинен мати 2 кредити ECTS.

ЯКІСНИЙ ПІДРУЧНИК – СУТТЄВИЙ КРОК ДО ОСВІТИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ВИМІРУ

Гуцол Л.П., Гуцол М.С., Козименко Т.М.

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова,

Вінницьке обласне науково-медичне гомеопатичне товариство

Проблема підготовки висококваліфікованих спеціалістів у контексті Болонського процесу є центральною, про що свідчить ціла низка урядових рішень, наказів МОН України. З метою забезпечення належного рівня навчання створення та видання якісних підручників та навчальних посібників для студентів вищих навчальних закладів III-IV рівнів акредитації здається вкрай актуальним. Надійним керівництвом щодо створення якісної навчальної літератури стали «Методичні рекомендації щодо структури, змісту та обсягів підручників і навчальних посібників для вищих навчальних закладів і порядок надання навчальній літературі грифів Міністерства освіти і науки України» (Київ, 2008) [1].

Відповідно до вказаного нормативного документа структура навчальної книги повинна відповідати наступній схемі:

- зміст (перелік розділів);
- вступ (передмова);
- основний текст;
- питання, тести для самоконтролю;
- обов'язкові та додаткові задачі, приклади;
- довідково-інформаційні дані для розв'язання задач (таблиці, схеми, тощо);

-- апарат для орієнтації в матеріалах книги (предметний, іменний покажчик).

Зазначений документ також містить рекомендації щодо ілюстративного матеріалу у навчальній книзі та бібліографічного опису. Відмічено, що важливим засобом збагачення змісту навчальної літератури є додатки, у яких доцільно давати різні матеріали, що доповнюють або ілюструють основний текст [1].

Згідно з цим нормативним документом було створено навчальний посібник з дисципліни «Основи гомеопатії»/автор – кандидат медичних наук Л.П.Гуцол/, який пройшов успішне ліцензування у МОН України. Ця навчальна книга відповідає Програмі дисципліни «Основи гомеопатії» для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, затвердженої МОЗ України (Київ, 2008) [2].

Створення для студентів такого посібника було пов'язано з переходом на кредитно-модульну систему викладання: студенту потрібен новий посібник – вступ до гомеопатії, у кому б у стислому вигляді було б викладено доктрину та основні історичні етапи розвитку класичної гомеопатії, основи гомеопатичної фармації, методологію гомеопатичного обстеження пацієнта, місце гомеопатичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я та низку інших програмних тем. Саме це мала на увазі автор при підготовці цієї навчальної книги.

Наскільки було можливо у межах обсягів посібника, автор намагалася приділити особливу увагу такій важливій темі як філософські основи класичної гомеопатії та тісному зв'язку цієї області медицини з фундаментальними науками – фізикою, біологією, хімією, фізіологією, фармакологією.

З метою полегшення сприйняття студентами змісту основних розділів посібника, оскільки вони містять багато нового для студента наукового матеріалу, на початку книги наведено «Словник гомеопатичних термінів» [3]. Такий словник гомеопатичних термінів в Україні створено вперше. Автор

вважає, що словник виконає інформативну, комунікативну та нормативну функції, а також покращить взаєморозуміння та взаємодію педагогів та студентів, лікарів шляхом забезпечення однозначного розуміння гомеопатичної термінології спеціалістами.

Цікаві факти з історії та сьогодення гомеопатії, клінічні ілюстрації із власної медичної практики автора та досвідченого лікаря-гомеопата М.С.Гуцола (Почесного члена Австрійської гомеопатичної асоціації, члена Європейського комітету з гомеопатії), наведені у Додатках, допоможуть новачку відчутти «дух» науки гомеопатії, її великі лікувальні та профілактичні можливості.

Сподіваємось, що ця книга, доступна для студента за обсягом та способом викладення матеріалу, допоможе майбутньому лікарю побачити гомеопатію як струнку та потужну терапевтичну систему, підкаже нові шляхи зцілення хворої людини, що буде сприяти вирішенню такої вкрай важливої проблеми як покращення здоров'я населення нашої країни [4].

Література:

1. *Методичні рекомендації щодо структури, змісту та обсягів підручників і навчальних посібників для вищих навчальних закладів і порядок надання навчальній літературі грифів Міністерства освіти і науки України.* – Київ: Знання, 2008. – 16с.
2. *Програма* дисципліни «Основи гомеопатії» для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації -- Київ, 2008. – 16с.
3. *Словник гомеопатичних термінів як важлива складова викладання курсу «Основи гомеопатії»// Фітотерапія. Часопис.* -- №4. – 2009. – С.44-47.
4. *Князевич В.М.* Народна і нетрадиційна медицина України: сьогодення і майбутнє//Тези Першого Національного конгресу «Народна медицина в Україні». 18 вересня 2009р. – Київ, 2009. – С.3-4.

ДІТИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ: КРОК ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ІНТЕГРАЦІЇ

Селютіна Наталія Миколаївна, фахівець з фізичної реабілітації СЗОШ №8, м. Хмельницький.

Кожна дитина по-своєму унікальна і потреби кожної дитини специфічні. Кожна дитина становить незмірну цінність для своїх батьків і родичів, а всі діти разом - неоціненний скарб суспільства, запоруку його майбутньої долі. Ці твердження мають універсальне значення у всіх суспільствах і культурах. Однак, ми часто свідомо чи несвідомо обмежуємо думки і дії тими сферами, які не тривожать нашу свідомість безвихіддю і не блокують діяльність безпорадністю. Подібною напівприхованою, draжливою сферою довгий час була і надалі значною мірою залишається інвалідність взагалі, дитяча особливо. Ще дуже далеко до повної відкритості в обговоренні ролі, прав і можливостей дітей з особливими потребами в українському суспільстві і тим більше до цивілізованого вирішення цих проблем на державному рівні. Завважимо, що й сам термін "інвалідність" останнім часом витісняється з термінологічного вжитку внаслідок його недискретності чи, може, дещо образливого звучання. Діячі близьких до цієї проблеми сфер здебільшого навчилися вживати термін "діти з особливими потребами", від чого сама проблема мало наблизилася до ясного розуміння у високих кабінетах та й у суспільстві в цілому.

Під "*особливими потребами*" можна розуміти принаймні три речі. *З одного боку* - це необхідність часом надзвичайно специфічних методів обстеження, навчання та комунікації (special education - спеціальної освіти або дефектології), реабілітації і працетерапії (physical & occupational therapy), особливого ставлення під час навчання. *По-друге*, потрібні також спеціальні пристосування - допоміжні пристрої для ходьби, інвалідні візки, слухові апарати тощо, аж до складної комп'ютерної та медичної техніки, а також підвищені вимоги до безбар'єрної структури та адаптації середовища. *По-третє*, мається на увазі

незахищеність цих дітей у соціальному плані. Частіше, ніж інші, такі діти опиняються під загрозою сирітства або відмови батьків, відмови шкіл від їхнього навчання, відмови професійної освіти, відмови прийому на роботу, зрештою, виключення з суспільства в цілому. Тому часто фізична вада, особливо коли вона поєднана з мозковою дисфункцією або психоневрологічною інвалідністю, призводить до маргіналізації особи, алкоголізму, жебрацтва, сексуальної експлуатації. Щоб уникнути цих важких соціальних наслідків, наші діти насправді потребують особливої уваги, особливої турботи. Однак загалом потреби неповносправних дітей є абсолютно нормальними, які можуть і мають бути задоволені в рамках кожного суспільства.

На початку XXI ст. надійшла ера інтеграції дітей з особливими потребами в повноцінне соціальне життя, і треба це визнати. У більшості країн Заходу принцип інтегрованого навчання (Mainstreaming/Integration/Inclusion) дітей із затримками розвитку був запроваджений ще в 60-70 рр. У Сполучених Штатах тисячі дітей з комплексом Дауна навчилися писати, читати, а деякі навіть пішли до коледжів завдяки масовому впровадженню концепції інтегрованого навчання. А ще 20 - 30 років тому були лише одиниці грамотних дітей з комплексом Дауна. Батькам немає чого боятися висновків обстеження дитини полідисциплінарною командою спеціалістів (теоретично те саме, що наша ПМПК), оскільки фактично вони не обмежують прав дитини щодо відвідування школи (інша річ у нас!). Після обстеження справа адміністрації школи - створити чи адаптувати навчальне середовище, а справа викладачів - дібрати специфічну програму згідно з особливими потребами дитини.

У будь-якому випадку дитина є членом місцевої громади, спільноти чи, якщо хочете, району, і це відповідно треба враховувати, дбаючи про її освітні потреби. Таким чином на базі СЗОШ № 8 у 2001 році було впроваджено проект соціальної адаптації та інтеграції дітей з особливими потребами в загальноосвітню початкову школу. У школі навчається 33 дитини з особливими потребами (10 із них працюють за індивідуалізованими навчальними планами).

Це діти, які мають різні нозології: порушення опорно-рухового апарату, захворювання серцево-судинної та нервової систем. *Основна мета проекту* : створення моделі соціальної адаптації та інтеграції дітей з особливими потребами шляхом інтегрованого навчання в умовах загальноосвітньої школи з наданням відповідних спеціальних послуг в які входить фізична реабілітація, а саме: ЛФК, масаж, заняття в басейні та на спортивних тренажерах.

Спеціальна методика ЛФК із використанням елементів спортивних ігор і рухливих ігор.

Використання активного рухового режиму у виді ігрових змагань і спортивних тренувань є великим стимулом розвитку мотивації і допомагає формуванню нового стереотипу руху. Режим тренувального процесу створює умови для формування негативних тимчасових кортикомускулярних зв'язків і зниження тонічної імпульсації інтерорецепторів.

Вплив додаткових фізичних факторів, на периферичний відрізок рефлекторної дуги, забезпечує адекватне адаптаційно-трофічне постачання руху і регулюючий вплив центральних структур на загальну і тонку моторику.

Запропонована нами методика в комплексі з іншими засобами реабілітації позитивно впливає на стан вестибулярного апарата, розвиток координаційних здібностей, стані опорно-рухового апарата.

Прийоми й основні положення проведення ЛФК у дітей із ДЦП:

1. Попередньо перед початком лікувальної фізкультури необхідно максимальне розслаблення усіх або більшості спазмованих м'язів тіла і кінцівок за допомогою масажу.
2. Придушення залишкових проявів тонічних рефлексів.
3. Розслаблення функціональних контрактур у суглобах кінцівок.
4. Робота з послідовного становлення вертикальної установки голови і тіла, статичної і локомоції.
5. Корекція структури кроку, установки стіп.

6. Виховання рухів у проксимальних і дистальних відділах верхніх кінцівках.
7. Корекція порочних установок опорно-рухового апарата, подолання слабості окремих м'язових груп.
8. Робота з нормалізації тону м'язів.
9. Робота з поліпшення м'язово-суглобного почуття і тактильних відчуттів.
10. Робота з посилення розвитку тієї групи м'язів, що змушена взяти на себе функції ослабленої.
11. Корекція діяльності серцево-судинної, дихальної, і інших систем.

Корекційна програма повинна як би «заглядати» набагато вперед і передбачати так само застосування таких комплексів вправ, що коригують, які б відповідали більш високому (і в даний момент неможливого) рівневі рухового розвитку.

Для складання комплексів вправ рекомендовані наступні вправи:

Рекомендується підбір вправ з акцентом на розвиток координації рухів.

Вправи в ходьбі, під час якої утягують у роботу великі групи м'язів, що викликає розширення величезної мережі дрібних кровоносних судин – капілярів. Ходьба врівноважує нервові процеси порушення і гальмування в корі головного мозку. Діє на весь організм заспокійливо. Застосовується проста, звичайна ходьба, ходьба з рухами рук, тулуба, зі зміною напрямку, із закритими і відкритими очима, із прискоренням і уповільненням і д. р. Перераховані види ходьби поліпшують рівновагу, координацію рухів[7, 8, 12].

1. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба з легким поворотом тулуба в сторони з одночасним рухом розслаблених рук. Ходьба з підніманням рук у сторони і поворотом голови, на 1 – 2 кроки – вдих, на 3 – 4 – 5 кроків руки вниз, голову прямо – видих. Виконувати протягом 1 – 2 хв.

2. В. п. стоячи. Узяти ціпок правою рукою за один кінець, іншої опустити вниз. Ноги разом. Ходьба з підніманням ціпка на плече на кожен 4-й крок. Ходьба з поворотом на 180 градусів через кожні 3 – 4 кроки. Ходьба з підніманням ціпка убік і поворотом голови вправо, уліво, на 1 – 2 кроки – вдих, на 3 – 4 – 5 кроків – видих. Виконувати протягом 1 – 2 хв.

3. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба з зупинками і стоянням на одній нозі на рахунок 1, 2, 3. Ходьба з підніманням рук у сторони, голову нагору, на 1 – 2 – 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7 кроків повернути голову ліворуч, опустити вниз. Руки вперед, униз, розслабити м'яза рук – видих. Те ж праворуч. Виконувати протягом 2 – 3 хв.

4. В. п. стоячи. Руки з м'ячем опущені вниз. Ноги разом. Ходьба звичайна м'яч у правій руці. Ходьба з перекиданням м'яча з правої руки на ліву. Ходьба з перекиданням м'яча вперед, нагору, на 1 – 2 – 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7 кроків руки за голову, уперед, униз – вдих. Ходьба звичайна (без м'яча) з підніманням рук нагору і розслаблення рук при опусканні них униз. Виконувати протягом 1 – 2 хв.

5. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба по прямої лінії. Ходьба з підніманням рук у сторони, за голову, на 1 – 2 кроки – вдих, на 3 – 4 – 5 кроків руки вперед, униз, розслабити руки – видих. Виконувати протягом 1 – 2 хв.

6. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба з підніманням рук нагору, пальці зжати у кулак. Ходьба з підніманням прямої правої, після лівої ноги вперед на кожен 4-й крок. Ходьба з підніманням прямих рук уперед, у сторони, нагору, на 1 – 2 - 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7 кроків руки за голову, униз, розслабити руки – видих. Виконувати протягом 2—3 хв.

7. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба з підніманням рук у сторони і поворотом тулуба праворуч, ліворуч на кожен крок. Ходьба по прямої лінії з приставлянням п'яти до носка іншої стопи, з підніманням рук уперед, у сторони, на 1 – 2 – 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7

кроків руки вниз – видих. Виконувати протягом 2 – 3 хв.

8. В. п. те ж. Руки з м'ячем опущені вниз. Ноги разом. Ходьба звичайна з підніманням м'яча на груди. З кроком правої ноги м'яч нагору, із кроком лівої – на груди, із кроком правої – униз. Ходьба з переходом через м'яч і поворотом на 180–360°. Ходьба з підніманням рук нагору, на 1 – 2 – 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7 кроків руки вниз – видих. Виконувати 2 – 3 хв.

9. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба по прямої лінії з закритими і відкритими очима. Ходьба з присіданням через кожні 4 кроки. Ходьба з підніманням рук у сторони, нагору, плескання долонями над головою, на 1 – 2 – 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7 кроків руки за голову, у сторони, униз, плескання внизу – видих. Виконувати протягом 2 – 3 хв.

10. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба з високим підніманням стегна і торканням правого стегна лівої руки, зігнутої в ліктьовому суглобі. Те ж з лівого стегна. Ходьба з одночасним обертанням голови і рук з відкритими і закритими очима. Ходьба на носках з підніманням рук нагору, на 1 – 2 – 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7 кроків руки вниз, опуститися на всю ступню, на п'яти – видих. Виконувати протягом 2 – 3 хв.

11. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Ходьба з присіданням через кожні 4 кроки. Ходьба з почерговим відведенням ніг убік і розслабленням м'язів ніг. Ходьба з підніманням рук нагору, на 1 – 2 – 3 кроки – вдих, на 4 – 5 – 6 – 7 кроків – видих, руки опустити, злегка повертаючи тулуб на право, ліворуч, погойдувати руками. Виконувати протягом 2 – 3 хв.

12. В. п. стоячи. Руки з м'ячем унизу. Ноги разом. Ходьба звичайна. Ходьба з підніманням м'яча вправо, залишити м'яч на правій руці і нею послати його за голову, у потилиці підхопити м'яч лівою рукою. Виконувати протягом 30 – 40 сек. Те ж уліво.

13. В. п. стоячи. Руки з гантелями опущені вниз. Ноги разом. Ходьба з присіданням і списуванням гантелями кола ліворуч праворуч і праворуч ліворуч, повертаючи при цьому тулубі на 360° через кожні чотири

кроки. Виконувати протягом 20—30 сек. Подих довільний, рівномірний.

Вправи для рук і плечового пояса, випрямляють хребет, розправляють грудну клітку, сприяють правильному подихові, зміцнюють м'яза рук і плечового пояса, збільшують рухливість суглобів[16,21,22].

1. В. п. стоячи. Руки на пояс. Ноги на ширині пліч. Підняти плечі нагору, з'єднати лопатки, подивитися нагору – вдих. Повернутися в і. п. – видих. Повторити 4 – 6 разів.

2. В. п. лежачи на спині. Тримати ціпок за кінці. Ноги разом. Перемістити ціпок вправо, підняти у бік, нагору – вдих, відставити ліву ногу. Перемістити ціпок уліво, униз – видих, відставити праву ногу. Повторити 4 – 6 разів.

3. В. п. лежачи на спині. Руки з м'ячем опущені вниз. Ноги разом. Підняти м'яч нагору – вдих. Сісти, опустити м'яч униз – видих. Повторити 4 – 6 разів.

4. В. п. сидячи. Узяти ціпок рукою посередині. Ноги разом. Підняти ціпок правою рукою убік, нагору – вдих. Опустити ціпок униз, узяти посередині ціпок лівої, праву руку розслабити, злегка погойдуючи її вперед, назад – видих. Повторити 6 – 8 разів. Те ж з лівої руки.

5. В. п. сидячи. Руки з гантелями на стегнах. Ноги разом. Зігнути руки в ліктьових суглобах, лікті в сторони, з'єднати лопатки, підняти голову нагору – вдих. Покласти гантелі на стегна, опустити голову вниз, руки уздовж тулуба, розслабити руки, злегка погойдуючи їхній уперед, назад – видих. Повторити 6 – 8 разів.

6. В. п. стоячи. Руки з гантелями на стегнах. Ноги на ширині пліч. Нахил вправо – ліву руку нагору. Те ж уліво. Повторити 4 – 6 разів. Вага гантель не більше 500 грам і підбирається індивідуально.

7. В. п. те ж. Узяти гімнастичний ціпок. Тримати рукою за один кінець, іншої опустити на підлогу. Не відриваючи кінця ціпка від підлоги, повертаючи на 360°, описати коло правою рукою з відкритими і закритими

очима. Повторити 4 – 6 разів. Подих довільний. Те ж з лівої руки.

8. В. п. те ж. Руки з гантелями опущені вниз. Ноги разом, носки нарізно. Підняти праву руку убік, ліву перед грудьми, голову повернути праворуч – вдих. Опустити руки по дузі вниз, уліво повернути голову ліворуч – видих. Повторити 6 – 8 разів. Те ж з лівої руки.

Вправи для корпусу втягують у роботу м'яза живота і тулуба, дозволяють зберегти правильну поставу [3,32].

1. В. п. лежачи на спині. Руки уздовж тулуба. Ноги зігнути в колінних суглобах. Підняти злегка зігнуту в колінному суглобі праву ногу, струснути кілька разів – видих. Ліву руку завести за голову. Повернутися в в. п. – вдих. Те ж з лівої ноги. Повторити 6 – 8 разів.

2. В. п. лежачи на спині. Руки з ціпком опущені вниз. Ноги разом. Підняти ціпок нагору, розлучити ноги в сторони – вдих. Опустити ціпок униз, підняти ноги нагору – видих. Підняти ціпок нагору, ноги опустити – вдих. Опустити ціпок – видих. Повторити 4 – 6 разів.

3. В. п. сидячи на статі. Ціпок на стегна. Тримати за кінці. Ноги злегка зігнути в колінних суглобах. Підняти ціпок нагору – вдих. Зігнути ноги, пригорнути до грудей, ціпок на гомілці – видих. Повторити 4 – 6 разів.

4. В. п. сидячи. Ціпок на стегнах, тримати за кінці. Ноги разом. Підняти ціпок нагору, голову підняти нагору – вдих. Нахилити тулуб вправо, голову повернути праворуч – видих. Повторити 4 – 6 разів. Те ж ліворуч.

5. В. п. лежачи на спині. Руки з гантелями уздовж тулуба. Ноги разом. Підняти і зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах. Руки з гантелями покласти на коліна. Виконувати імітацію їзди «на велосипеді». При розгинанні правої ноги праву руку піднімати нагору. Повторити 4 – 6 разів. Подих довільне, рівномірне. Те ж з лівої ноги.

Вправи для ніг, допомагають зберегти рівновагу, стійкість при ходьбі, зміцнюють м'яза ніг, збільшують рухливість суглобів.

1. В. п. лежачи на спині. Руки уздовж тулуба. Ноги разом. Руки на пояс, зігнути праву ногу в колінному суглобі, підняти ногу – видих. Те ж з лівої ноги. Повернутися в і. п. – вдих. Повторити 4 – 6 разів.

2. В. п. стоячи. Руки уздовж тулуба, ціпок тримати за кінці, опустити вниз. Ноги разом, носки нарізно. Підняти ціпок нагору, піднятися на носки – вдих. Повернутися в і. п. – видих. Повторити 4 – 6 разів.

3. В. п. стоячи. Руки з м'ячем опущені вниз. Ноги разом, носки нарізно. Зробити випад правою ногою назад, підняти м'яч нагору, злегка розігнути тулуб назад – вдих, повернутися в і. п. – видих. Повторити 4 – 6 разів.

4. В. п. лежачи на спині. Руки з м'ячем опущені. Ноги разом. Підняти м'яч уперед, розлучити ноги в сторони – вдих. Повернутися в і. п. – видих. Повторити 4 – 6 разів.

5. В. п. сидячи на статі. Руки уздовж тулуба. Ноги злегка зігнути, м'яч під колінами. Перекочування м'яча навколо себе, під ногами в обидві сторони. Повторити 4 – 6 разів. Подих довільне, рівномірне. Спину тримати прямо.

6. В. п. сидячи. Ціпок тримати за кінці, покласти на стегна. Ноги на ширині пліч. Підняти ціпок нагору, розлучити ноги ширше – вдих. Повернутися в і. п. – видих. Повторити 4 – 6 разів.

7. В. п. лежачи на спині. Ціпок тримати за кінці. Ноги зігнути в колінних суглобах. Підняти ноги нагору, описувати колінами кола ліворуч праворуч і праворуч ліворуч. Повторити 4—6 разів. Подих довільне, рівномірне.

8. В. п. стоячи перед стільцем на відстані 0,5 – 1 м від нього, м'яч на статі. Носком правої ноги м'яч, обвести його навколо стільця ліворуч праворуч і праворуч ліворуч. Повторити 2 – 4 рази в кожную сторону. Темп середній, після - швидкий. Подих рівномірне, не затримувати. Те ж з лівої ноги.

9. В. п. стоячи. Руки з м'ячем унизу. Ноги разом, носки нарізно. Піднятися на носки, підняти м'яч кистями, опуститися на п'яти, опустити м'яч. Повторити 8 – 10 разів. Подих довільне, рівномірне.

10. В. п. стоячи. Ціпок у руках, унизу, ноги на ширині пліч. Переступити правою ногою через ціпок, не випускаючи неї, з рук. Повторити 6 – 8 разів. Подих рівномірний, не затримувати. Те ж з лівої ноги.

11. В. п. лежачи на спині. Руки з гантелями уздовж тулуба. Ноги разом. Підняти таз – вдих. Підняти пряму праву ногу – видих. Не опускаючи таз, опустити ногу, підняти праву руку нагору – вдих. Опустити таз і руку – видих. Повторити 4 – 6 разів. Те ж з лівої ноги.

12. В. п. стоячи. Ціпок опустити вниз. Ноги разом, носки разом. Підняти ціпок нагору, голову нагору – вдих. Присісти, ціпок уперед – видих. Випрямитися, змахнути правою ногою убік, ціпок підняти нагору вліво – вдих. Повернутися в і. п. – видих. Повторити 4 – 6 разів. Те ж з лівої ноги.

13. В. п. сидячи. Ціпок покласти на стегна. Ноги випрямити вперед, розлучити ширше. Підняти ноги нагору, ціпок за голову – вдих. Опустити ноги, згинаючи них у колінних суглобах, розлучити коліна ширше, сковзаючи п'ятами по статі і притискаючи ступні друг до друга, опустити ціпок униз – видих. Повторити 6 – 8 разів.

Література:

1. Абрамова Т.Ф. Фізична реабілітація дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарата. / Абрамова Т.Ф., Гончарова Г.А., Гросс Н.А.// Дитячий церебральний параліч. М.: Радянський спорт, 2000. – с. 131-135.

2. Авакян Г.Н. Вивчення координативних порушень у хворих дитячим церебральним паралічем. / Авакян Г.Н., Булаєва Н.В., Гроппа С. А./ Кишинів: Охорона здоров'я – 1984. – №2 з 23 – 24.

3. Айзиков Г.С. ЛФК при паралітичних захворюваннях у дітей / Айзиков Г.С. / М.: Медицина, – 1983. – 17 - 47 с.

4. Бадалян Л.О. Атаксія в дітей. /Бадалян Л.О./ Ташкент: Медицина 1989. – 302 с.

5. Белова Г.И. Відбудовне лікування дітей, хворих церебральним паралічем, в умовах санаторію. / Белова Г.И., Семенова К.А., Шамарин Т.Г. / К.: Здоров'я, 1984. – 104 с.
6. Бортфельд С. А. Лікувальна фізична культура і масаж при дитячому церебральному паралічі. / Бортфельд С. А., Рогачова Е. И. / Л.: Медицина, 1986. – 176 с.
7. Былеева Л.В. Рухливі ігри. /Былеева Л.В., Коротков И.М./ М.: Фізкультура і спорт – 1982. – с. 224.
8. Валеев Н.М. Рухливі ігри в системі реабілітації дітей з церебральним паралічем. / Валеев Н.М. / М.: Фізкультура в профілактиці лікуванні і релаксації – 2004. – №5 – с. 29 – 31.
9. Герцин Г.И. Реабілітація дітей з поразками опорно-рухового апарата в санаторно-курортних умовах. / Г.И. Герцин, А.А. Лобенко.// Дитячий церебральний параліч. – М.: Медицина, 1989. с. 198 – 218
10. Гришулина Н. Ю. Адаптивна фізкультурно – спортивна корекція статомоторних вегетативних порушень у дітей, хворих на церебральний параліч. / Гришулина Н. Ю./ М.: Медична перспектива – 2004. – т4. – №1 – с. 96 – 99.
11. Гросс Н.А. Фізична реабілітація дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарата/Під ред. Н.А.Гросс. – М.: Радянський спорт, 2000. – 224 с.
12. Гуревич И.А. 300 змагально-ігрових завдань по фізичному вихованню/ Гуревич И.А. / Мінськ: Вища школа 1994. – 319ст.
13. Дубровский В.И. Лікувальна фізична культура. / Дубровский В.И. / Дитячий церебральний параліч. М.: ВЛАДОС, 1998. – с. 391 – 399.
14. Епифанов В.А. Лікувальна фізична культура і спортивна медицина. / Епифанов В.А. / Дитячий церебральний параліч. М.: Медицина, 1999. с. 189 – 196 .

15. Ефименко Н. Н. В. Зміст і методика занять фізкультурою з дітьми, що страждають церебральним паралічем. / Ефименко Н. Н., Сермеев Б. У / М.: Радянський спорт, – 1991. – с. 24 – 50.
16. Жуків М.Н. Рухливі ігри / Жуків М.Н./ М.: Академія. – 2000 – 160 с.
17. Іванникова Е.Д. Роль лікувальної фізичної культури і трудотерапії в комплексному лікуванні хворих страждаючих дитячому церебральному паралічем / Іванникова Е.Д. / М.: Медицина – 1973. – с. 38 – 45, 120 – 127
18. Кожевникова В. Т. Вестибулярне тренування в лікуванні хворих із ДЦП / Кожевникова В. Т. / М.: Фізкультура в профілактиці лікуванні і релаксації – 2004 – №1 – с. 20 – 22.
19. Кожевникова В. Т. Сучасна концепція фізичної реабілітації дітей хворих дитячим церебральним паралічем/ Кожевникова В. Т. / М.: журн Мед. техніка 2005.– №2 – с. 42 – 45
20. Козьявкін В. І. Методи оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. /В. І. Козьявкін, О.О. Кочмар/ Л.: Українській медичний часопис №3 (35), 2003. – с. 61- 66.
21. Коротков И.М. Рухливі ігри в заняттях спортом. / Коротков И.М.. / М.: ФиС, – 1971. – 120 с.
22. Кузнецова Т.Д. Дихальні вправи у фізичному вихованні: Учеб.пособ. / Т.Д Кузнецова, П.М. Левитский, В.С. Язловский/ – К.: Здоров'я, 1989. – 136 с.
23. Лаптев А.П. Вікові особливості дітей і підлітків. Загартовування. Учеб./ А.П. Лаптев, С.А. Полиевский/ Гігієна - М.: Фізкультура і спорт – 1990. – с. 156 – 174.
24. Лебедев В. Н. Про ролі порушень функції вестибулярного апарата в патогенезі і клініці ДЦП I/Матеріали 1-й Респ. научн. конф.: Дитячий церебральний параліч. / Лебедев В. Н. / Л., 1974. С. 64 – 65.

25. Марокосян А.А. Питання вікової фізіології. Учеб. / А.А. Марокосян / – М.: Освіта, – 1974. – 223с.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У США

Белікова Наталія Олександрівна

Кафедра фізичної реабілітації Луцького інституту розвитку людини Університету “Україна”

Для реалізації позитивних тенденцій у вищій освіті України необхідне вивчення міжнародного досвіду підготовки фахівців, яке потребує критичного аналізу здобутків освітніх систем закордонних країн та адаптації цих здобутків до національних потреб. Нині підготовка кадрів за напрямом “Здоров’я людини” в Україні здійснюється розрізнено, за умов неврегульованості правового поля діяльності фахівців з фізичної реабілітації, здебільшого без врахування міжнародного досвіду, а тільки на підставі суб’єктивного трактування місця і ролі фізичної реабілітації в національних системах фізичної культури та охорони здоров’я.

Новим етапом розвитку фізичної реабілітації в Україні стало створення Української Асоціації фахівців фізичної реабілітації у вересні 2007 року за ініціативи Львівської обласної Асоціації фахівців фізичної реабілітації. Одним із завдань Асоціації є підвищення стандартів освіти та підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації в Україні згідно міжнародних стандартів [1]. З цією метою Асоціація подала заявку на членство у Світову Конфедерацію фізичної терапії (WCPT), яка об’єднує понад 100 країн-членів, в кожній з яких терміни, що вживаються для опису професійної діяльності фізичних реабілітологів, відрізняються і, в основному, залежать від історичних особливостей розвитку професії. Найбільш поширеними термінами є *фізична терапія* або *фізіотерапія* і *фізичний терапевт* або *фізіотерапевт* [1].

Американська асоціація фізіотерапії (American Physical Therapy Association - АРТА) є одним з найстаріших та багаточисельніших учасників Світової

Конфедерації фізіотерапії (членство з 1951 року), яка налічує 50408 членів. Єдиним закладом, який може здійснювати акредитацію базових освітніх програм з фізичної терапії у США, за визнанням Департаменту освіти (The United States Department of Education) та Ради з акредитації вищої освіти (Council for Higher Education Accreditation), є Комісія з акредитації освіти у фізичній терапії – Commission on Accreditation in Physical Therapy Education (CAPTE). Закінчивши лише акредитовані програми фізичної терапії, випускники можуть здати іспит для отримання ліцензії на професійну діяльність за фахом [2].

За сприяння АРТА, в 2005-2006 роках з участю широкого кола осіб, зацікавлених у розвитку фізіотерапевтичної вищої освіти, в тому числі фахівців фізичної терапії, осіб з досвідом роботи в області акредитації, сертифікації та технологічного розвитку, був розроблений освітній стратегічний План (Education Strategic Plan), який призначений для впливу зусиль АРТА на покращення роботи відділу освіти протягом наступного десятиліття і надалі. Оновлення Плану відбулося у червні 2009 року. В Плані Vision 2020 передбачено такі цілі: створення системи клінічної освіти фізичних терапевтів (ФТ) із взаємообумовленими стандартами, що забезпечують практику сучасної фізичної терапії; визначення компетенції на різних етапах професійного розвитку після початкового рівня освіти для сприяння навчанню через усе життя; створення постійного систематичного процесу збору даних та формування бази даних для практики фізіотерапії, освіти та досліджень, які дозволять прогнозувати розвиток професії, розвивати стратегічні плани, створювати закони і правила, а також проводити наукові дослідження тощо [2].

Станом на січень 2010 року, в 199 навчальних закладах США акредитовано 212 програм, в тому числі дев'ять програм підготовки магістра фізичної терапії та 203 програми підготовки доктора фізичної терапії. Динаміка акредитованих програм за ступенями бакалавра, магістра та доктора за період 2000-2007 років відображена на рис. 1. Згідно даних Комісії з акредитації освіти у фізичній терапії, підготовка бакалаврів фізичної терапії у США припинилася у 2002 році,

а тенденція до зменшення акредитованих програм підготовки магістрів фізичної терапії свідчить про те, що згідно освітнього стратегічного Плану, до 2010 року початковим рівнем освіти для здійснення професійної діяльності з фізичної терапії стане тільки доктор фізичної терапії (DPT). Більшість вищих навчальних закладів США вже тепер відмовляються від магістерських програм з фізичної терапії, хоча на даний момент вони теж вважаються базовими для професійної діяльності фахівців. Як відображено на рис. 2, ця тенденція яскравіше проявляється у вузах недержавного сектору, які для того, щоб залишитися конкурентоздатними на ринку американських освітніх послуг, блискавично реагують на інноваційні зміни у вищій освіті [2].

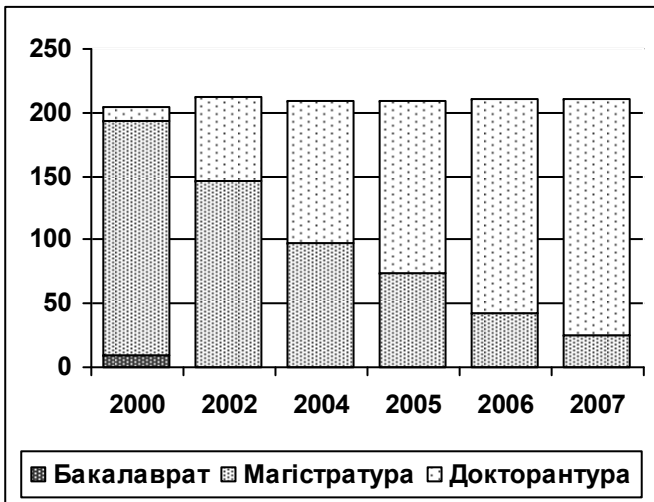


Рис. 1. Динаміка акредитованих програм з фізичної терапії за ступеннями підготовки (2000-2007 роки) [2]

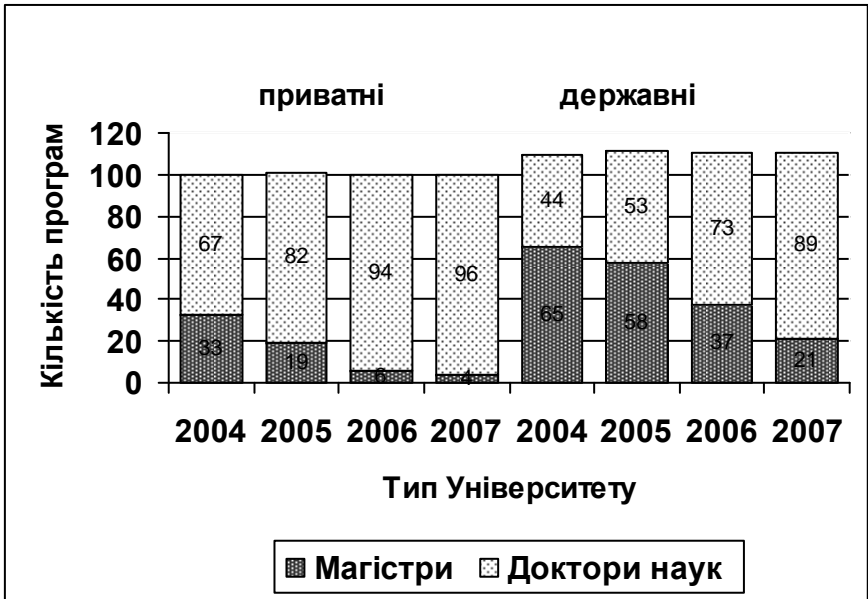


Рис. 2. Розподіл акредитованих програм з фізичної терапії за типом Університетів [2]

Як показали наші дослідження, тривалість більшості програм підготовки доктора фізичної терапії (The Doctor of Physical Therapy) у США складає три роки. Станом на кінець 2009 року, 95% професійних фізіотерапевтичних програм акредитовано на присвоєння ступеня DPT. Щоб отримати доступ до даної програми, є велика кількість альтернативних ступенів undergraduate degrees, які дозволяють успішно пройти курси, які є складовою частиною вимог та передумовою для вступу на програму фізіотерапевта. Назва та тривалість курсів варіюють в залежності від академічних програм та навчальних закладів. На основі аналізу навчальних програм можна стверджувати, що кількість курсів варіює від 6 до 17 (в середньому, 11-12). Назви курсів загальної освіти, в цілому, відповідають таким вимогам: більше 50% програм фізичного терапевта вимагають знання анатомії та фізіології (як мінімум один курс), хімії (як мінімум один курс), фізики (два курси), статистики (один курс), психології, загальної біології (мінімум один курс); більш ніж 75% програм вимагають мінімальний

середній бал 3,0; інші необхідні курси – англійська мова, соціологія, комп’ютерні технології, медична термінологія, фізіологія фізичних вправ, кінезіологія, розвиток людини, органічна хімія, методи дослідження, клітинна біологія та патологія.

З метою більш детального вивчення поставленого питання був здійснений аналіз інформаційних ресурсів мережі Інтернет, який дозволив встановити перелік американських періодичних наукових видань (доступних в електронних варіантах), що висвітлюють актуальні питання фізичної терапії та фізичної реабілітації. Проблеми, що піднімаються в періодичній пресі за даним фахом, відображено в таблиці 1.

Згідно даних американського бюро статистики праці (Bureau of Labor Statistics) [3], у 2008 році професійна зайнятість фахівців з фізичної терапії склала 185,500 чоловік, а за прогнозами фахівців, професійна зайнятість у 2018 році складатиме 241,700 чоловік, що на 30 % більше. На сьогоднішній день, у США професія фізичного терапевта є однією з найбільш затребуваних та перспективних.

Таблиця 1

Періодичні наукові видання американських організацій з фізичної терапії та фізичної реабілітації

Періодичні видання	Тематичне спрямування
Physical Therapy (<u>Journal of the American Physical Therapy Association</u>) <i>http://ptjournal.apta.org</i>	Провідний міжнародний журнал з досліджень у фізичній терапії та суміжних областях, публікує інноваційні та актуальні матеріали, використовує різні підходи до інтерактивного спілкування
Journal of Physical Therapy Education <i>http://www.highbeam.com</i>	Журнал висвітлює актуальні питання підготовки фахівців з фізичної терапії
<u>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</u> <i>http://www2.archives-pmr.org</i>	Офіційний журнал Американського конгресу реабілітаційної медицини та Американської академії фізичної медицини та реабілітації; публікує оригінальні статті про важливі тенденції і події за напрямом “фізична медицина і реабілітація”

Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy <i>http://www.jospt.org</i>	Журнал займає перше місце в галузі спортивної фізичної терапії; публікує матеріали, пов'язані зі впливом спорту на здоров'я людини та реабілітацією опорно-рухового апарату
<u>Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine</u> <i>http://www.begellhouse.com</i>	В статтях дається критична оцінка технологій фізичної та медичної реабілітації
<u>Clinical Rehabilitation</u> <i>http://www.sagepub.com</i>	Форум для міжнародного розповсюдження та обміну інформацією між фахівцями, що займаються питаннями реабілітації; охоплює всі області інвалідності та реабілітації
<u>Journal of Sport Rehabilitation</u> <i>http://physicaltherapy.about.com</i>	Огляд останніх досліджень в області спортивної реабілітації
<u>The American Journal of Sports Medicine</u> <i>http://physicaltherapy.about.com</i>	Журнал є офіційним виданням Американського ортопедичного товариства спортивної медицини
Cardiopulmonary Physical Therapy Journal <i>http://www.cardiopt.org</i>	Офіційний журнал серцево-судинної та легеневої секції Американської асоціації фізіотерапії
Journal of Rehabilitation Research & Development <i>http://www.rehab.research.va.gov</i>	Офіційний журнал про дослідження у реабілітації Департаменту у справах ветеранів
Journal of Sport & Exercise Psychology <i>http://www.humankinetics.com</i>	Журнал є офіційним виданням <u>Північно-Американського товариства з психології спорту та фізичної активності</u>
<u>Research in Sports Medicine</u> <i>http://www.informaworld.com</i>	Міжнародний журнал, який висвітлює основні аспекти спортивної медицини та спортивної науки

Результати аналізу системи підготовки фахівців з фізичної реабілітації (фізичної терапії) у США дозволяють використати окремі тенденції накопиченого в даній країні досвіду для напрацювання вітчизняних освітніх стандартів підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Особливо цікавим є досвід цієї держави з правого врегулювання професійної зайнятості фахівців з фізичної терапії.

Література:

1. Герцик А. До питання тлумачення основних термінів галузі фізичної

реабілітації. – Режим доступу:

http://www.physrehab.org.ua/blogitem_uk/items/terminology_uk.html.

2. American Physical Therapy Association – АРТА // www.apta.org.
3. Bureau of Labor Statistics // <http://www.bls.gov/oco/ocos080.htm>.

СКЛАДОВІ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ФАХІВЦЯ ЗА НАПРЯМОМ ПІДГОТОВКИ «ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ»

Овчарук Ігор Степанович, факультет військової підготовки
Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.

Запроваджена на Україні наприкінці ХХ ст. фізично-реабілітаційна освіта спрямована на підготовку кадрів з метою подолання кризи здоров'я в країні [1, 2].

Причиною змін в оновленні підходів до проблем здоров'я і реконструкції існуючих видів оздоровчої освіти стала соціально-політична і економіко-демографічна криза, що спричиняє перевищення вимирання населення над його народжуваністю, зниження фізичної і духовної якості людського генофонду [3].

Сьогодні значно зростають вимоги до кваліфікації професійних кадрів, ускладнюються проблеми професійного самовизначення молоді, оскільки ринок праці став динамічнішим і непередбачуваним.

Реалізація завдань професійної підготовки майбутніх фахівців за напрямом «здоров'я людини» вимагає нових підходів до розробки змісту, форм і методів їх професійної підготовки, впровадження у навчально-виховний процес вищих навчальних закладів сучасних інформаційних технологій.

Враховуючи соціальну значущість якісної професійної підготовки випускників зі спеціальності «фізична реабілітація», формування й культивування здорового способу життя співвітчизників, а також актуальність

піднятого питання і окреслило ряд напрямків удосконалення процесу навчання у ВНЗ, створення відповідних педагогічних умов.

Розвиток професійного мислення повинен стати складником фізично-реабілітаційної освіти, так як завдяки йому значно підвищується якість підготовки майбутнього фахівця.

Здатність оволодівати професійними знаннями і навичками, валеогенно мислити, діяти на рівні сучасних технологій відновлення здоров'я до оптимального рівня, виховання творчої особистості студента можливо лише за наявності відповідної навчальної програми, чіткої організації і управління, які здатні реалізувати компетентні викладачі – спеціалісти нової оздоровчої орієнтації.

Ознака конкурентоспроможності є вирішальною при визначенні якості навчання або іншими словами – успішності студента з фахової точки зору.

На перший план виступає важливість і значення інтерактивних методів навчання студентів. Ці методи виступають в якості однієї з педагогічних умов формування професійного самоусвідомлення майбутнього спеціаліста і як шлях до формування його професійного становлення [2, 4].

Сьогодні вже недоцільно викладати дисципліни традиційно, коли у центрі педагогічного процесу знаходиться викладач, а студенти пасивно сприймають матеріал та виконують його вимоги. Завдання полягає не тільки і не стільки у закріпленні вже вивченого матеріалу, а на вивчення нового.

Важливо на базі традиційних підходів, поступово, застосовуючи свої знання, розробити і впровадити свою авторську методіку. Наступною складовою педагогічних умов, що забезпечить конкурентоспроможність є вміння вести дослідницьку роботу, оперувати цифрами і прогнозувати. Намагання знайти інший спосіб, застосувати іншу методіку і може стати основою нового наукового дослідження.

В аспекті покращення свого рейтингу, важливо також звернути увагу на особистий приклад поведінки, стосовно вибраної спеціальності у галузі фізичної

культури. Бажано самому вести здоровий спосіб життя, по-можливості, приймати участь у змаганнях і т. і.

Вказані напрямки є важливими при спрямуванні зусиль студентів на початку навчання для досягнення в подальшому бажаного результату і успіху у кар'єрі. До складових конкурентоспроможності майбутнього спеціаліста нами віднесено:

1. Професійну компетентність, ерудованість, вміння оперувати фактами і прогнозувати результат;
2. Професійне самоусвідомлення (розуміння своїх дій, норм, моделей поведінки, оцінка себе, як фахівця);
3. Особистий приклад, минулі досягнення, і ті, що є сьогодні;
4. Здатність до презентації своїх здібностей, сформованих навичок;
5. Знання психології, комунікабельність, оптимізм.

В свою чергу, запропоновані педагогічні умови, а саме: забезпеченість високопрофесійними кадрами, взаємозв'язок базових дисциплін, вмiла організація науково-дослідної роботи, застосування інтерактивних методів навчання, призведе до удосконалення процесу навчання з підготовки конкурентоспроможних випускників.

Література:

1. Пометун О. Інтерактивні технології навчання: теорія і практика / О. Пометун, Л. Пироженко, — К., 2002. — 136 с.
2. Кашлев С.С. Інтерактивные методы обучения педагогике / С.С. Кашлев // учебн. пособие — Мн., Выш. шк., 2004. — 176 с.
3. Бахрах І.І. Організаційні, методичні і правові основи фізичної реабілітації // І.І. Бахрах, Г.Н. Грець // навч. посібник. — Смоленськ: СГИФК, 2003. — 151 с.
4. Завалевська О.В. Використання інтерактивних методів навчання як одна з педагогічних умов формування професійного самоусвідомлення майбутніх фахівців / О.В. Завалевська // Педагогіка, психологія та медико-біологічні

проблеми фізичного виховання і спорту : [зб. наук. пр. / за ред. Єрмакова С. С.]. — Харків. — 2009. — № 7. — 59 с.

ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ОСНОВІ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ

Волошко Лариса Борисівна

к. пед. н., доцент

Кафедра фізичної реабілітації Полтавського інституту економіки і права
м. Полтава

Фахівців за напрямом 0102 „Фізичне виховання і спорт” зі спеціальності „Фізична реабілітація” освітньо-кваліфікаційного рівнів „бакалавр”, „спеціаліст”, „магістр” готують понад двадцяти вищих навчальних закладів України державних і недержавних форм власності, підпорядкованих Міністерству освіти і науки, Міністерству у справах сім’ї, молоді і спорту. Професійна підготовка фахівців з фізичної реабілітації здійснюється на основі освітньо-професійних програм, розроблених авторськими колективами науковців вищих навчальних закладів у відповідності до напрацьованих ними вимог освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівця, що діють тимчасово, оскільки в державі відсутній єдиний галузевий стандарт підготовки фахівців за спеціальністю „Фізична реабілітація”. Невирішеним залишається питання уніфікації навчальних планів, укрупнення дисциплін за блоками: медико-біологічні дисципліни, дисципліни реабілітаційного спрямування, фізкультурно-спортивні дисципліни. У той же час поступове наповнення ринку праці реабілітологами, остаточна невизначеність щодо можливостей їхнього працевлаштування у закладах МОЗ та МОН України актуалізує проблему оцінки якості їхньої підготовки.

Професійна підготовка фахівців з фізичної реабілітації має носити ґрунтовний, спеціалізований характер і врахувати можливі напрямки подальшої професійної діяльності у лікувально-профілактичних, фізкультурно-оздоровчих, реабілітаційних закладах, закладах освіти, установах недержавної форми

власності, а також бути узгодженою з відповідними діючими штатно-посадовими інструкціями та майбутніми умовами праці.

Індикатором якості підготовки фахівців з фізичної реабілітації виступає рівень їхньої *професійної компетентності*. Професійна компетентність (ПК) фахівця з фізичної реабілітації може бути представлена у вигляді функції:

$ПК = f (ПК_K, ПК_O, ПК_A)$, де окремими параметрами цієї інтегральної характеристики ($ПК_K, ПК_O, ПК_A$) виступають: когнітивний компонент (професійні знання); операційно-процесуальний (спеціальні вміння та навички – володіння методиками фізичної реабілітації з використанням різних методів і засобів відновлюючого впливу); аксіологічний компонент (інтеріоризована система професійних цінностей реабілітаційної діяльності, професійно значущі особистісні якості).

Професійна компетентність, як інтегральна характеристика фахівця з фізичної реабілітації, розкривається в сукупності ключових компетенцій. Зокрема:

- методична (організаційно-технологічна) компетентність – включає володіння різними методами та засобами фізичної реабілітації на основі ґрунтовних знань фізіологічних і біохімічних аспектів функціонування органів і систем організму людини, вміння складати комплексні програми реабілітації для хворих різних нозологічних груп та коригувати їх у разі необхідності;

- дослідницька компетентність – передбачає володіння сучасними науковими методами досліджень у галузі фізичної реабілітації, фізичної культури та спорту;

- валеологічна компетентність – включає володіння сучасними валеологічними практиками (самомасажем, дієтотерапією, ароматерапією, аероіонотерапією, апітерапією, різними методиками закаливання тощо), вміння будувати програму здорового життя з використанням валеологічних засобів, з урахуванням індивідуальних особливостей людини;

- інформаційно-аналітична компетентність – передбачає володіння сучасними інформаційними технологіями, розуміння сфери їх застосування, вміння критично аналізувати отриману інформації;

- психолого-педагогічна компетентність – володіння знаннями з психології особистості, прийомами психолого-педагогічного менеджменту; володіння культурою міжособистісних відносин, організації колективної праці;

- правова компетентність – потребує володіння нормативно-правовою базою, що діє в галузі фізичної культури та спорту, фізичної реабілітації;

- управлінська компетентність – передбачає володіння методами, прийомами управління діяльністю суб'єктів реабілітації, самоуправління власною професійною діяльністю;

- освітня компетентність – передбачає усвідомлену здатність до професійного та особистісного саморозвитку, цілеспрямованого удосконалення професіоналізму;

- культурна компетентність – включає знання особливостей національних культур різних груп населення (звичаїв, стилю життя, харчових уподобань тощо), що можуть бути використані в реабілітаційній практиці.

Рівень сформованості та узгодженості ключових компетенцій визначає готовність студентів до основних видів професійної діяльності (реабілітаційної, фізкультурно-оздоровчої, профілактичної, рекреаційної, організаційної, психолого-педагогічної) на стереотипному, діагностичному, евристичному рівнях складності.

Традиційно критеріями якості освіти виступають рівень успішності студентів, умови організації навчального процесу, кількість завершених науково-дослідних робіт. Проте, класична дидактична тріада „знання, вміння, навички” студентів є критерієм їхньої „вузької” компетентності. Без урахування особистісно-професійної позиції майбутніх фахівців з фізичної реабілітації неможливо оцінити якість отриманої освіти, визначити рівень їхньої конкурентоспроможності, оскільки професійна позиція фахівця – це не лише

результат професійної підготовки, а й рівень розвитку професійної самосвідомості, професійно значущих особистісних якостей. Отже, оцінка якості підготовки фахівців з фізичної реабілітації повинна здійснюватися з позицій процесуально-діяльнісного та індивідуально-особистісного підходів. Тому критеріями професійної компетентності обрано пізнавально-змістовний, мотиваційний, суспільно-професійний, рефлексивно-оцінний та критерій професійної взаємодії.

Показниками пізнавально-змістовного критерію виступають: реальний рівень навченості студентів, якість і міцність засвоєння професійних знань. Показниками мотиваційного критерію є: рівень сформованості пізнавальних мотивів, мотивів досягнення успіху та самовдосконалення. Рефлексивно-оцінний критерій характеризують рівень самооцінки та домагань студентів. Операційно-діяльнісний (критерій професійної взаємодії) включає показники: рівень сформованості комунікативних та організаційних здібностей, характер особистісної спрямованості, ступінь виразності емпатії як основи компетентності у спілкуванні. Показниками суспільно-професійного критерію є: розуміння сутності та значущості реабілітаційної діяльності, рівень усвідомлення соціальної відповідальності за її якість і результат.

Діагностика рівня сформованості ПК студентів спеціальності „Фізична реабілітація” може бути здійснена на основі інтегрального показника, що визначається як сума оцінок, отриманих студентами, за кожним із критеріїв (K_i) з

урахуванням їх вагових коефіцієнтів (α_i): $PK = \sum_{i=1}^5 \alpha_i K_i$. Вагові коефіцієнти α_i

визначаються на основі експертної оцінки ступеня значущості кожного з критеріїв. До експертного оцінювання залучаються викладачі та фахівці-практики, з наступною перевіркою його результатів на достовірність із застосуванням коефіцієнта конкордації (коефіцієнта погодженості експертів). На підставі оцінки значущості критеріїв професійної компетентності стає можливим

розподіл студентів за чотирма рівнями сформованості професійної компетентності: оптимальним, базовим, недостатнім, критичним.

Запропонована методика інтегральної оцінки рівнів сформованості професійної компетентності може бути використана з метою професіографічного моніторингу та коригування процесу професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації на всіх його етапах.

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ»

Воронін Денис Михайлович

Кафедра здоров'я людини та фізичного виховання Хмельницького національного університету

Найбільшою проблемою у викладанні «фізичної реабілітації при захворюваннях нервової системи» спеціальності здоров'я людини даного предмету є відсутність єдиних всеукраїнських уніфікованих робочих планів з дисципліни. Великою проблемою також є відсутність якісних підручників та навчальних посібників з проблем фізичної реабілітації при неврологічних дослідженнях. В жодному з найбільш поширених та вживаних підручників та навчальних посібників немає детального опису фізичної реабілітації дітей з вродженими патологіями нервової системи, особливо периферійної [1,2,3]. Дуже мало приділяється уваги відновленню дітей з порушеннями кровопостачання головного мозку, хворих після перенесених енцефалітів, менінгітів. Досить поверхнево розглядається фізична реабілітація осіб з розсіяним склерозом, поліневропатіями різного походження, хворобою Паркінсона [4, 5].

Однак занадто багато уваги приділяється фізичній реабілітації постінсультних хворих та хворих з травмами спинного мозку. Аналізуючи найбільш популярні навчальні посібники (Попова, Мухіна, Марченко) звертає на

себе увагу занадто повна вкладеність матеріалу по одних темах, скупість матеріалу по других і відсутність деяких дуже актуальних в неврології тем.

Мета дослідження: визначити перелік тем не висвітлених у підручниках і навчальних посібниках з «фізичної реабілітації при захворюваннях нервової системи», які вкрай необхідні у практичній діяльності фахівця-реабілітолога у неврологічних відділеннях.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури.

Завдання дослідження: визначити перелік знань, якими необхідно доповнити існуючу науково-методичну літературу з фізичної реабілітації при захворюваннях нервової системи.

Результати дослідження. В результаті проведеного аналізу науково-методичної літератури з навчального предмету «фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи» (21 вітчизняне літературне джерело) було виявлено, що повністю відсутні матеріали, що до фізичної реабілітації вроджених черепно-мозкових ушкоджень, вроджених ушкоджень лицевого нерва, вроджених ушкоджень плечового сплетення, паралічах Дежерін-Клюмпке, Дюшена-Ерба, Лонгбайна, церебро-васкулярних ушкоджень у дітей.

Проводячи аналіз медичної літератури з цих питань було знайдено досить значні розробки, що до медичної реабілітації даних пацієнтів і лише поверхневий опис застосування лікувальної фізичної культури, фізіотерапії та масажу, але із акцентом на те, що ці методи мають бут основою процесу реабілітації, особливо в дитячому віці [6].

Іноземна література з фізичної реабілітації (42 джерела), як не дивно теж не повноцінно розкриває зміст відновної терапії таких хворих, але медичні підручники (57 джерел) надають досить широку характеристику методам лікувальної фізичної культури, масажу та фізіотерапії.

Мінімально розкритий та описаний у вітчизняних підручниках з фізичної реабілітації відновний процес при полінейропатіях різного походження, вегетосудинній та нейроциркуляторній дистонії, постенцефалітних та пост-

менінгітних хворих, хворих з вертебро-базилярною недостатністю, синдромом та хворобою Мінера, розсіяним склерозом, хворобою Паркінсона та ін.

Дослідивши медичні вітчизняні видання можна знайти великий обсяг інформації про фізичну реабілітацію вегето-судинної недостатності, пост-енцефалітних та – менінгітних хворих, хворих з розсіяним склерозом та хворобою Паркінсона. Інформації щодо відновлення осіб з вертебро-базилярною недостатністю, дисциркуляторними енцефалопатіями, синдромом Мін'єра майже немає.

Іноземні літературні джерела набагато обставніше розглядають дане питання, даючи відповіді на багато запитань [7].

Також великою проблемою при вивченні цього предмету студентами є недостатнє знання анатомії та фізіології нервової системи, оскільки в більшості ВУЗів на їх вивчення виділений мінімальний час, недостатній для хоча б більш-менш повного усвідомлення матеріалів. Виходом з цієї ситуації може бути введення нейроанатомії як спецкурсу, або збільшення кількості навчальних годин предмету «фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи» та викладання основних положень нейроанатомії на початку даного курсу. В цей курс варто також внести опис розвитку нервової системи у дитини та окремих її функцій, що відсутнє у підручниках з фізичної реабілітації.

Висновки:

1. Аналіз науково-методичних публікацій, навчальних посібників та підручників показав не повну методичну забезпеченість навчального процесу з дисципліни «фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи».

2. Вважаємо доцільним введення повноцінного розділу «фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи у дітей» в структуру загального курсу.

3. Доцільним є введення нейроанатомії як спецкурсу, або збільшення кількості навчальних годин предмету «фізична реабілітація при захворюваннях

нервової системи» та викладання основних положень нейроанатомії на початку даного курсу.

Література:

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник для ВУЗів. – К. : Олімпійська література, 2003. – 358 с.
2. Физическая реабилитация : Учебник / Под общей ред. проф. С. Н. Попова - Изд. 3-е. – Ростов н/Д. : Феникс, 2005. – 608 с.
3. Марченко О. К. Фізична реабілітація з тавмами і захворюваннями нервової системи – К. : Олімпійська література, 2006. – С. 3-220.
4. Медицинская реабилитация : руководство / под ред. В. М. Боголюбова : в 3 т. – М. ; Смоленск: Знак почета, 2007. - Т.2. – 632 с. – ISBN 5-88187-026-3.
5. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шапаронова. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
6. Баладаян Л. О. Детская неврология – 3-е изд. – М. : Медицина, 1984. – 576 с.
7. David R. В. Clinical pediatric neurology – New York : Demos medical, 2009. – 641 p. – ISBN 1933864222.

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Зубаль М.В., ст. викладач, канд. наук з фізичного виховання і спорту,
Єдинак Г.А., професор, канд. пед. наук,
Плонський І.В., викладач
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка;
Наукова проблемна лабораторія «Гендерні профілактично-оздоровчі технології
фізичного виховання та реабілітації»

Розвиток України та забезпечення гідного здорового життя нації в умовах запальної тяжкої екологічної ситуації та подолання наслідків Чорнобильської трагедії, сучасного стану економіки, розвитку виробництва та сільського господарства, передбачає покращення кадрового потенціалу держави, у тому числі спеціалістів з фізичної реабілітації.

Характерною особливістю Хмельниччини є те, що вона має значний рекреаційний потенціал. Тут функціонує багато санаторіїв, баз відпочинку, оздоровчих центрів, профілакторіїв. Утворена і діє потужна мережа лікувальних установ, спортивно-фізкультурних закладів і організацій, а також велика кількість дитячих спеціалізованих лікувально-оздоровчих шкіл та інтернатів. Все це вимагає мати в області достатній фаховий потенціал, у тому числі і спеціалістів з фізичної реабілітації, щоб змогли забезпечити максимальний рівень фізичного і психічного здоров'я населення Хмельниччини та людей, що приїжджають в область на оздоровлення і відпочинок.

Фахівці з фізичного виховання та фізичної реабілітації наукової проблемної лабораторії «Гендерні профілактично-оздоровчі технології фізичного виховання та реабілітації» Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка проводять дослідження опираючись на вітчизняний та міжнародний досвід.

Майбутні фахівці з спеціальності “Здоров'я людини” отримують знання з питань анатомії, фізіології людини, фізіологічних основ фізичної культури, лікувальної фізкультури, фізичної реабілітації при різних захворюваннях і

травмах, технічних засобів та методів фізичної реабілітації, спортивної медицини.

Лабораторія приймає участь в розробці державної теми «Удосконалення медичної допомоги населенню промислового регіону з особливими потребами», що виконується «Державною установою «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Донецьким національним медичним університетом імені М. Горького та державної теми «Психофізична реабілітація неповносправних дітей засобами фізичного виховання» разом з Національним університетом фізичного виховання і спорту України (м. Київ).

Співробітники наукової лабораторії проводять дослідження в навчально-реабілітаційних центрах системи освіти; закладах системи соціального захисту населення; спеціалізованих дитячих дошкільних закладах та спеціальних групах у дитячих дошкільних установах; спеціальних групах загальноосвітніх та спеціальних шкіл, шкіл-інтернатів, дитячих будинків, позашкільних закладів; реабілітаційних центрах курортів, санаторіїв, профілакторіїв; реабілітаційних центрах державного управління та місцевого самоврядування, діяльність яких пов'язана з реабілітацією; у відомствах, на підприємствах, в організаціях різних форм власності, де використовується праця фахівців спеціальності «Фізична реабілітація».

Виходячи з вищезазначеного, ми дійшли висновку, що фізично-реабілітаційна освіта як навчально-професійна дисципліна в ідеальній моделі повинна стати вченням про принципи, підходи, форми і способи наукового пізнання і керування різними станами здоров'я, інтегрувати і систематизувати накопичений соціально-культурний досвід відновлювально-оздоровчої практики, що підвищує творчу самодостатність і якість життя людини, поліпшує демографо-економічний стан країни. Оцінюючи сучасний стан розвитку фізичної реабілітації в критеріях, що відповідають поняттю «засади наукової теорії», можна стверджувати, що ця професійна спеціалізація ще не досягла

достатнього рівня науково-теоретичного статусу. Проте це стане можливим за умови:

- подальшого структурування і розгортання прикладної методології здоров'я;

- критичного підходу до обґрунтування оздоровчих моделей, що вивчають фізичну сутність людини на основі принципу фундаментальності як умови до розкриття найбільш глибоких суперечностей освіти в галузі фізична реабілітація;

- координації комплексу різноманітних теоретико-емпіричних знань, згідно з якими створюються сутнісні зв'язки і закономірності, що забезпечують розвиток конкретної професійно-корпоративної культури і оздоровчого руху серед інвалідів (а це десята частина населення світу), включаючи сюди також ті мільярди людей, що повинні повсякденно дбати про підтримку і відновлення здоров'я.

Тільки при створенні повноти усіх елементів наукового базису фізичну реабілітацію можна буде вважати керованою системою, що має об'єктивні підстави претендувати на ранг наукової теорії про відновлення здоров'я людини.

Дослідження показали, що система професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації у зв'язку з провідними тенденціями в сучасній освітній сфері потребує відчутної оптимізації, вдосконалення змісту навчання і зміни педагогічної парадигми, системного опрацювання й створення діючої моделі ефективного навчально-виховного процесу підготовки висококваліфікованих фахівців у галузі фізичної реабілітації. Проведений аналіз свідчить про необхідність формування у майбутніх фахівців з фізичної реабілітації стійкого усвідомлення того, що сучасні оздоровчі центри є закладами де вони мають здійснювати свою професійну профілактичну та оздоровчу діяльність. Система професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації потребує відчутної оптимізації, вдосконалення змісту навчання і зміни педагогічної парадигми,

системного опрацювання і створення діючої моделі ефективного навчально-виховного процесу.

Перспектива подальших досліджень полягає в розробці комплексної програми, яка дозволить здійснювати оцінювання рівнів сформованості готовності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до роботи в оздоровчих центрах; а також сприяти впровадженню сучасних інформаційних технологій у навчально-виховний процес у вищому навчальному закладі.

Література:

1. Волошко Л.Б. Організаційно-педагогічні умови формування професійної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації в процесі медико-біологічної підготовки / Л.Б.Волошко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2005. - № 24. – С.42-44.

2. Єдинак Г.А. Теорія і технологія використання фізичних вправ у реабілітації дітей з церебральним паралічем: навчальний посібник / Г.А.Єдинак. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошак М.І., 2007. – 352 с.

3. Кукса В. Переорієнтація професійної самосвідомості студента-фізреабілітолога / В.Кукса // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2002. - № 4. – С.40-47.

4. Сущенко Л.П. Професійна підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту (теоретико-методологічний аспект): [монографія] / Л.П.Сущенко. – Запоріжжя: Запорізький державний університет, 2003. – 442 с.