

3. Марюнда І.І. Формування професійно-особистісних компетентностей фахівця фізичної культури у процесі занять фізичною підготовкою і спортом: [монографія] / І.І. Марюнда, Е.І. Сивохоп, В.А. Товт. - Ужгород: Вид-во ПП «АУТДОР-ШАРК», 2016. – 212 с.

4. Однолеток Т.В. Професійна підготовка майбутніх учителів фізичної культури як педагогічна проблема / Однолеток Т.В., Лянной М.О. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 9. – С. 107-109.

5. Переверзин И. Н. Прогнозирование и планирование физической культуры : учеб. пособ. / И. Н. Переверзин. – М. : Физкультура и спорт, 1972. – 88 с.

В.П. Маркович

Розрахунок потенціалу реабілітаційної та госпісної мережі в Україні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Метою роботи є вивчення та розрахунок потенціалу реабілітаційної та госпісної мережі в Україні. Понад 12 тисяч ліжок наявні у ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» та відомчих закладах, у 7 фізіотерапевтичних лікарнях та 9 науково-дослідних установах. У 11 лікарнях відновного лікування є 1888 ліжок, в обласних госпіталах інвалідів війни – 7248 ліжок.

За 2018 рік лікарняні заклади України виконали навантаження на 97,808 млн. ліжко-днів, отже, згаданий вище діючий реабілітаційний потенціал для перехворілих пацієнтів стаціонарів є недостатнім. Його розвитку перешкоджають високі ціни будівництва нової мережі, відсутність реабілітаційних підрозділів в усіх областях, відсталість матеріально-технічної бази наявних відділень, дефіцит виробництва засобів реабілітації, брак фахівців реабілітаційних спеціальностей.

Станом на 01.09.2018 р. в Україні нараховувалось більше 303 тис. ліжок в стаціонарах, або 71,9 ліжка на 10 тис. населення при розрахунковій кількості населення 42,23 млн. жителів. За даними КМУ, за кордоном на постійній основі працює 3,2 млн. українців, а на тимчасовій – близько 9 млн. При рівні госпіталізації 20% від кількості населення в рік, 333 днів роботи ліжка за рік та 10 днів перебування хворого на ліжку розрахунок потреби в лікарняних ліжках для населення України складає 234,4 тис. ліжок, що становить 60,0 ліжок на 10 тис. наявного в країні населення (39,03 млн. жителів), при 55,0 – у країнах ЄС.

Виходячи із наведених розрахунків, в Україні нараховується близько 68,6 тис. надлишкових лікарняних ліжок, які і можуть бути перепрофільовані в ліжка реабілітаційної та госпісної мережі.

І.К. Мартинюк

Розвиток пізнавальних можливостей дошкільників з функціональними порушеннями зору

Кафедра фізичної реабілітації ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Важливим аспектом корекційно-виховного процесу в освітніх закладах для дітей з порушеннями зору є цілеспрямована корекція пізнавальної діяльності. Актуальність даної проблеми та необхідність її практичного вирішення значно посилюється в умовах реформування сучасної освіти, адже одним з провідних завдань шкільного навчання, проголошеним Національною доктриною розвитку освіти України у XXI ст., є розвиток у дітей активного пізнавального ставлення до дійсності, створення умов для реалізації їхніх пізнавальних можливостей.

У даній статті ми розглянемо пізнавальну діяльність дошкільників з порушеннями зору, а саме процес розвитку пізнавальних можливостей дошкільників з косоокістю та амбліопією.

Метою дослідження є експериментально визначити та дослідити пізнавальні можливості дітей з порушенням зору та визначити шляхи удосконалення роботи із їх корекції.

Завдання дослідження:

1. Виявити рівень та особливості пізнавальних можливостей дошкільників з косоокістю та амбліопією;
2. Визначити шляхи удосконалення корекційної роботи з корекції пізнавальних можливостей дошкільників із зосоокістю та амбліопією.

В експерименті взяли участь 28 дошкільників з косоокістю та амбліопією та 26 дошкільників зі збереженим зором.

Труднощі в оволодінні способами сприймання, просторового орієнтування, прийомами навчальної, ігрової та трудової діяльності, які прямо або опосередковано зумовлені патологією зору, чинять негативний вплив на розвиток пізнавальної активності дитини, що відповідно потребує цілеспрямованої корекційної роботи. Ще до того, як ставити перед дітьми певні пізнавальні завдання, педагоги мають знати рівень сформованості у кожній дитині відповідних пізнавальних можливостей. Ці знання допоможуть певним чином модифікувати завдання, що пропонуються – розчленувати їх на більш чи менш крупні одиниці, знизити чи підвищити їх рівень складності, надати дитині необхідні підказки, допоміжні запитання, запропонувати наочний матеріал відповідно до їх зорових можливостей – тобто здійснити диференційований та індивідуальний підходи.

За основу побудови системи критеріїв, що визначають рівень сформованості тієї чи іншої психічної властивості, взято концепцію вітчизняного психолога Л.С. Виготського про зону найближчого розвитку та рівень актуального розвитку дитини. Зону найближчого розвитку становлять ті розумові дії, що їх дитина може здійснити при безпосередньому стимулюванні та допомозі з боку дорослого. Якщо цю дію дитина робить самостійно, без допомоги дорослого, то ці пізнавальні дії можна віднести до зони актуального розвитку і вони складають пізнавальні можливості дитини.

За теоретичні основи констатувального експерименту було обрано діагностичні методики, розроблені Л.А. Венгером, Н.Н. Под'яковим, Л.І. Солнцевою, Л.І. Плаксиною та ін., з деякою їх модифікацією. Було проведено три серії експериментальних завдань, спрямованих на характеристику зорових уявлень про предметний світ, орієнтацію у просторі та уявлень про оточуючий світ. За змістом завдання відповідали віковим можливостям дітей від 4 до 5 років та від 5 до 6 років.

В результаті проведеного нами констатувального експерименту були виділені особливості пізнавальних можливостей дітей з функціональними порушеннями зору. Зокрема, дана категорія дітей через монокулярний характер зору та зниження гостроти зору відчувають значні труднощі у визначенні насиченості кольорів та відтінків, величини об'ємних предметів. Сприймання об'єктів уповільнене, фрагментарне, носить неточний характер, тому практичний досвід дітей з порушенням зору значно збіднений. Недостатність зорової орієнтації обумовлює наявність помилок при визначенні правої та лівої сторін, визначенні просторового розташування частин тіла, оволодінні просторовими термінами. Такі ознаки простору, як віддаленість, глибина, об'єм, важко піддаються аналізу при монокулярному характері зору, що зумовлює недостатність зорово-просторового орієнтування.

Таким чином, нами були виділені три рівні пізнавальних можливостей дітей з функціональними порушеннями зору. Діти, які входять в першу підгрупу (близько 26 %), активні, проявляють значний інтерес до гри та заняття, швидко і самостійно виконують завдання педагога. В другій підгрупі діти другого рівня розвитку (близько 50 %) потребують в будь-якій діяльності допомоги педагога, менш активні, завдання виконують значно повільніше, а допускаючи помилки, не завжди їх самостійно помічають та виправляють. В третю підгрупу об'єднанні діти третього рівня (близько 24 %), які здебільшого не виявляють інтересу до занять, мають труднощі, через що відмовляються виконувати завдання, мало ініціативні, замкнені, важко спілкуються один з одним.

Досвід показує, що при проведенні фронтальних занять педагоги частіше приділяють увагу активним дітям, які швидко та добре виконують завдання, а діти, у яких є певні труднощі, часто залишаються без достатньої уваги педагога, тоді як їм необхідна індивідуальна допомога, яка дозволяє просуватися у своєму розвитку. Через це об'єднання дітей з третім рівнем розвитку педагог групує з урахуванням конкретної мети розвитку кожної дитини, при цьому рівень дидактичних вимог до кожного висувається індивідуально.

Дітям усіх рівнів розвитку необхідний індивідуальний підхід.

Дітям першої підгрупи згідно їх пізнавальним можливостям можуть висуватися більш високі вимоги із різних програм масового дошкільного закладу.

Дітям другої підгрупи необхідний індивідуальний підхід при підборі програми в залежності від розвитку дитини, оскільки деякі із них наближені до першого рівня, а другі наближені до третього рівня. Їм необхідна допомога у тих видах діяльності, де особливо не вистачає впевненості у своїх умінь, при цьому кожній дитині надається специфічна допомога.

Для дітей третього рівня розвитку потрібен перерозподіл навчального матеріалу, оскільки швидкість оволодіння знаннями уповільнена, матеріал пропонується відповідно до рівня пізнавальних можливостей та працездатності.

Орієнтація на рівень розвитку і особистісні особливості вихованців, врахування їх індивідуальних особливостей та становлення психіки передбачає плавний перехід дітей з однієї підгрупи в другу за визначених умов корекційної допомоги.

Отже, шляхи удосконалення корекційної роботи з розвитку пізнавальних можливостей дошкільників з функціональними порушеннями зору *передбачають*:

– особливу організацію розвиваючого середовища з урахуванням блочної системи корекційної та загальноосвітньої допомоги;

– зміст занять згідно стану здоров'я і рівня пізнавальних можливостей дитини, а не за віковим показником на основі об'єднання дітей в підгрупи або індивідуально;

– планування освітнього процесу, розробку індивідуально-діагностичних карт і програм на кожную дитину; диференційовано виділяються види корекційних занять (розвиток зорового сприймання, орієнтування в просторі, розвиток дотику і дрібної моторики, лікувальної фізкультури, ритміки, соціально-побутового орієнтування).

Висновок: матеріали даної праці можуть бути використані в практичній роботі вихователів, дефектологів, спеціальних дошкільних закладів для дітей з порушеннями зору.

Література

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Основы дефектологии / Гл. ред.
2. Гребенюк Т.М., Сасіна І.О., Тімакова Ю.В. Медико-педагогічна корекція зорового сприймання у дошкільників з вадами зору: Навчальний посібник нормальновидящих и слабовидящих школьников. М.: Педагогика, 1988. – 150
3. Литвак А.Г. Теоретические вопросы тифлопедагогики. Л., 1973. – 155 с.
4. Методичні поради тифлопедагогу з розвитку зорового сприймання дошкільників. Укл. Гребенюк Т.М., Рожко Н.М., Калачева Л.О. – К., 2003. – 68
5. Плаксина Л.И. Развитие представлений о форме и величине предметов у детей среднего дошкольного возраста при амблиопии и косоглазии. М.: Информационный центр, 1978. – 25 с.
6. Скляр К.М., Свиридчук Т.П., Федоренко С.В. Навчально-виховні програми та методичні рекомендації для спеціальних дошкільних закладів для дітей з вадами зору. К., 1996. – 346 с.
7. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М., 1980. – 186 с.

О.Г. Матрошилін, Ю.Л. Роголя

Застосування кінезотерапії в комплексній медико-психологічній реабілітації учасників АТО

Дрогобицький державний педагогічний університет ім. І.Франка

На даний час актуальною проблемою залишається питання збереження здоров'я учасників антитерористичної операції (АТО) на Сході України, оскільки під час бойових дій вони поряд з фізичними зазнають і психологічних травм у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який часто призводить до пограничних психічних порушень і потребує проведення медико-психологічної реабілітації для адаптації їх у соціумі.

Аналіз сучасних даних літератури дозволив виявити, що недостатня увага приділяється питанням використання фізичної терапії у відновному лікуванні військовослужбовців з посттравматичними стресовими розладами.

Враховуючи механізм позитивної дії фізичних вправ на психоемоційний стан організму нами був проведений аналіз впливу засобів фізичної терапії (лікувальної гімнастики, лікувальної ходьби, ігрових видів на результати медико-психологічної реабілітації учасників АТО з посттравматичним синдромом.

Під нашим спостереженням знаходилось 34 військовослужбовці чоловічої статі у віці $34,1 \pm 4,17$ років з неврозподібним та психопатоподібним варіантами клінічного перебігу синдрому посттравматичного стресового розладу, який був встановлений за місцем їхнього постійного проживання і які перебували на лікуванні в центрі медичної реабілітації та санаторного лікування «Трускавецький» МО України у період 09.2016 - 07.2018.

Контроль за їхнім психологічним станом в процесі реабілітації проводився спеціалістом-психологом з використанням загальноприйнятих методик обстеження. Для оцінки динаміки змін психологічного стану застосовувався військовий варіант Місіпської шкали цього розладу.

Для оцінки ефективності фізичної терапії в процесі реабілітації було сформовано дві групи спостереження. Основну групу (16 хворих) склали хворі з позитивною мотивацією до занять засобами фізичної терапії, яким було призначено розроблені комплекси кінезотерапії з різною методикою їх проведення залежно від клінічного перебігу ПТСР. Контрольну групу (18 хворих) склали військовослужбовці з негативною мотивацією до виконання фізичної терапії, які проходили лікування за загальноприйнятими методиками фізичної реабілітації

В процесі занять кінезотерапією особливу увагу звертали на динаміку скарг та психоемоційну оцінку хворими свого стану.

Проведені спостереження показали, що позитивні результати фізичної терапії в психологічній реабілітації хворих з ПТСР залежить не стільки від методики проведення занять та величини фізичного навантаження, а від позитивної психоемоційної реакції хворих на заняття, особливо після проведення його груповим методом.

Проведені нами дослідження із використанням засобів фізичної терапії в комплексі медико-психологічної реабілітації згідно оцінки Місіпської шкали сприяє зменшенню, клінічних проявів ПТСР. Так, в основній групі на 15% збільшилася частка пацієнтів з легкими клінічними ознаками і на 10% зменшилися більш важкі прояви синдрому посттравматичного стресового розладу, у контрольній групі ці ж зміни склали лише 5%.

Оцінка депресивного стану хворих основної і контрольної груп за опитувальником Patient Health Questionnaire - PHQ-9 показала виражену тенденцію до його зменшення в основній групі, а у контрольній групі – без суттєвих змін.