

5. Krupnyk E.Ia. Yhrovyie kompleksy v optymyzatsyyi masterstva bortsov: uchebno-metodycheskoe posobyie / E.Ia. Krupnyk, V.L. Shcherbakov. – M. : Sovetskyi sport, 2014. – 176 s.: yl.
6. Fylatovych M. M.. Spetsyalyzovannyye podvyzhnyie yhyry v tekhniko-taktych. pod-ke yunykh bortsov. Nauchnoe obosnovanye fiz. vospytanyia, sportyvnoi trenirovky y podhotovky kadrov po fiz. kulture y sporta: mezhdunar. nauch. – praktych. konf.; Mynsk, 2009; 2, s. 282–285.
7. Shyndryhos V.I.. Rukhlyvi ihry z elementamy yedynoborstv. Metodychni rekomendatsii. – Ternopil, 2006; S. 44.
8. Horbunov H. D.. Dziudo: pidruchnyk. 2007; S. 278.
9. Esink Kh.O.. Dziudo: pidruchnyk. Fizkultura i sport, 2011; S. 110.
10. Iahello V. Yhrovyie formy borby v trenyrovochnom protsesse molodykh dziudoystov/ V. Yahello// Uchenyye zapysky unyversyteta ymeny P.F. Leshafta. Fyzycheskoe vospytanye studentov.- SPb.: 2003 №1. – 13-26 s.

УДК 616-056.2+ 613.95+616.28-008.13

**Заставна О.М.**

**кандидат наук фізичного виховання та спорту  
асистент кафедри фізичної терапії, ерготерапії.**

**Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. м.Івано-Франківськ**

### **ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СЕНСОНЕВРАЛЬНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ II - III СТУПЕНЯ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКАМИ**

*Згідно зі світовою статистикою, порушення слуху є найрозповсюдженішою патологією у новонароджених. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) сьогодні у світі на 1000 новонароджених із нормальним слухом припадає одна дитина з вираженим ступенем приглухуватості, а сенсоневральна приглухуватість середнього ступеня порушення слуху присутні у 1-2% новонароджених. Мета. Висвітлення стану здоров'я та стану рухової активності дітей з сенсоневральною приглухуватістю II - III ступеня за показниками опитувальника. Матеріали. Опитувальники для з'ясування основних скарг стану здоров'я, фізичну активність, увагу. Результати. Представлені результати опитування дітей на основі результатів оцінки психомоторного розвитку. Висновки. Обстеження слабочуючих дітей встановило, що зміни у стані їх здоров'я характеризуються рядом суб'єктивних та об'єктивних ознак. Найпоширенішими скаргами у дітей з порушенням слухом були підвищена сонливість, знижена фізична активність, прискорена втома, неувважність, низький інтерес до контакту з оточуючими, часті захворювання. Стан добової рухової активності слабочуючих дітей був достовірно нижчим у порівнянні з показником дітей з нормальним слухом. Перспективою подальших досліджень вбачаємо розробку реабілітаційних заходів для даного контингенту хворих.*

**Ключові слова.** сенсоневральна приглухуватість, стан здоров'я, фізичні якості.

**Заставна О. Оценка состояния здоровья и двигательной активности детей школьного возраста с сенсоневральной тугоухостью II - III ступеня по опроснику.** Согласно мировой статистике, нарушение слуха является Самым распространенным патологией у новорожденных. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сегодня в мире на 1000 новорожденных с нормальным слухом приходится один ребенок с выраженной степенью тугоухости, а сенсоневральная тугоухость средней степени нарушения слуха присутствуют в 1-2% новорожденных. Цель. Освещение состояния здоровья и состояние двигательной активности детей с сенсоневральной тугоухостью II - III ступени по показателям опросника. Материалы. Опросники для выяснения основных жалоб состояния здоровья, физическую активность, внимание. Результаты. Представлены результаты опроса детей на основе результатов оценки психомоторного развития. Выводы. Обследование слабослышащих детей установило, что изменения в состоянии их здоровья характеризуются рядом субъективных и объективных признаков. Самыми распространенными жалобами у детей с нарушением слухом были повышенная сонливость, сниженная физическая активность, ускоренная усталость, рассеянность, низкий интерес к контакту с окружающими, частые заболевания. Состояние суточной двигательной активности слабослышащих детей был достоверно ниже по сравнению с показателем детей с нормальным слухом. Перспективой дальнейших исследований видим разработку реабилитационных мероприятий для данного контингента больных.

**Ключевые слова:** сенсоневральная тугоухость, состояние здоровья, физические качества, дети

**Zastavna Olha. Assessment of the state of health and motor activity of school-age children with sensorineural hearing loss II III degree by questionnaires.** According to the world statistics, the hearing impairment is the most common pathology in newborns. According to the World Health Organization (WHO), today in the world there is one child with a pronounced degree of hearing loss accounts for 1000 newborns with normal hearing, and sensorineural hearing impairment of moderate hearing disorder is present in 1-2% of newborns. The purpose of the study was to highlight the state of health and the state of motor activity of children with sensorineural hearing loss of II - III degree based on the indicators of the questionnaire.

*The materials and methods of the study. Synthesis and analysis of scientific and methodological sources. Subjective health, physical activity, attention. The study was conducted on the basis of the Centre of Rehabilitation for Children with hearing impairment and the languages of the ODCP. 40 children of school age were surveyed. The primary group 1 (OG1) consisted of 21 children aged 7.2 ± 0.1 years (10 boys, 11 girls), the control group (KG1) consisted of 19 children. The exclusion criteria were*

patients with mental retardation. The results of the study: In childhood, the foundations of the harmonious development of the person, his or her physical perfection as the basis of health, the formation of motor skills, and development of physical qualities are laid. The results of the children's survey are presented based on the results of the evaluation of psychomotor development.

Conclusions. The examination of hearing-impaired children has found out that changes in their state of health are characterized by a number of subjective and objective features.

The most common complaints in children with hearing impairment were increased drowsiness, decreased physical activity, increased fatigue, inattention, low interest in contact with others, frequent illnesses. The condition of daily motor activity of hearing-impaired boys and girls was characterized as low and was significantly lower than that of children with normal hearing. We see the development of rehabilitation measures for this contingent of patients as the prospect of further research.

**Keywords.** sensorineural hearing loss, health status, physical qualities.

**Постановка проблеми й аналіз результатів останніх досліджень.** Слух є здатністю людини сприймати і диференціювати звуки через слуховий аналізатор, який являє собою сукупність нервових структур, що сприймають, диференціюють звукові подразнення і визначають напрямок та ступінь віддаленості джерела звуку, тобто здійснюють складну слухову орієнтацію в просторі, контакт і взаємодію організму людини із зовнішнім середовищем [6, с. 26]

Захворювання, які призводять до зниження чи втрати слуху, є однією із найсерйозніших медичних та соціальних проблем. Оскільки слуховий аналізатор є одним з найінформативніших щодо отримання інформації з навколишнього світу, то зниження слухової функції, не кажучи про її втрату, значно погіршує якість життя, порушуючи становище людини в суспільстві, обмежує її у виборі фаху, а нерідко призводить до виключення із соціуму. Слух також має велике значення для загального розвитку та формування особистості, зокрема для розвитку мови у дитини, яка надає вирішальний вплив на її психічний розвиток[2, с.5]

Згідно зі світовою статистикою, порушення слуху є найрозповсюдженішою патологією у новонароджених. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) сьогодні у світі на 1000 новонароджених із нормальним слухом припадає одна дитина з вираженим ступенем приглухуватості, а сенсоневральна приглухуватість середнього ступеня порушення слуху присутні у 1-2% новонароджених[3, с.7]. В Україні, за результатами епідеміологічних досліджень, на 1000 нормальних пологів 1 дитина народжується з повною глухотою, у 2-3 глухота розвивається в перші 2 роки життя. В державі налічується близько 300 тисяч дітей і 1 млн дорослих з порушенням слуху, які потребують слухопротезування, в тому числі з глухотою — 11 тис. дітей та 100 тис. дорослих [6, с. 18].

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що, незважаючи на значні здобутки у напрямі корекції глухоти, відновлення здоров'я слабчущих дітей залишається нагальним питанням сучасної реабілітаційної педіатрії. В даний час вже ніхто не заперечує значення ранніх діагностики та реабілітації дітей з порушенням слуху. Реабілітацію необхідно починати відразу після оцінки суб'єктивного стану дітей з порушенням слуху. Для виявлення суб'єктивних ознак порушення стану здоров'я у дітей з сенсоневральною приглухуватістю II-III ступеня, нами було проведення опитування батьків дітей .

**Метою** розробленої нами *індивідуальної карти розвитку дитини* було визначення особливостей перебігу вагітності матері, анамнестичні фактори ризику виникнення приглухуватості у дітей, встановлення анамнезу життя і хвороби дитини, перебігу її психомоторного розвитку, виявлення суб'єктивних ознак порушення стану здоров'я[1, с. 109].

З метою встановлення добової рухової активності дітей проводилось розпитування батьків за «*Анкету для батьків про діяльність дитини за сьогоднішній день*», що дозволяє за допомогою даних про тривалість різних (за інтенсивністю) видів діяльності, визначити добові енерговитрати (в умовних одиницях, ум.од.) дітей та оцінити рівень їхньої рухової активності.[2, с.8 4,с.6]

**Організація дослідження.** Суб'єктивний стан дітей шкільного віку з сенсоневральною приглухуватістю II-III ступенів при обстеженні характеризувався підвищеною сонливістю (майже у 90%), зниженою фізичною активністю (в середньому 78%), прискореною втомою (у 72 %), неухважністю (майже у 40%), низьким інтересом до контакту з оточуючими людьми з нормальним слухом (майже у 60%), частими захворюваннями в анамнезі (майже у половини опитаних дітей з деривацією слуху) (табл.1). Дані скарги на фоні сенсоневральної приглухуватості II-III ступенів різко знижують соціальну активність дітей, ускладнюють їх навчання.

Таблиця 1

Суб'єктивний стан здоров'я слабчущих дітей (M±m)

Скарги, %	КГ (n=19)	ОГ1 (n=21)
підвищена сонливість	5,00±3,45	80,95±8,57*
знижена фізична активність	12,5±5,23	71,43±10,3*
прискорена втома	15,0±5,65	71,43±9,86*
неухважність	17,5±6,01	38,1±10,6*
низький інтерес до контакту з оточуючими	7,5±4,16	57,14±10,8*
часті захворювання	22,5±6,6	57,14±10,8*

Примітки: \* – статистично значуща різниця у порівнянні із відповідним показником КГ (p<0,05);

При з'ясуванні анамнезу з метою виявлення факторів, які призвели до глухоти, було встановлено, що у 52,38% дітей ОГ1 та виявлені спадкові захворювання (глухота), захворювання матері під час вагітності (грип, ангіна, захворювання

нирок) – відповідно у 57,14% несприятливі фактори внутрішньоутробного розвитку дитини (загроза переривання вагітності) – у 61,90%.

При зборі анамнезу, за словами батьків, також відмічено відставання у календарному психомоторному розвитку: запізнення у термінах початку тримання голови (66,67% в ОГ1), самостійного повертання зі спини на живіт (52,38% в ОГ1), вміння самостійно сидіти (71,43% в ОГ1), самостійно ходити (76,19% в ОГ1). У дітей із збереженим слухом розвиток відбувався згідно нормальної схеми нормального психомоторного розвитку.

Поняття «рухова активність» включає у себе сукупність рухів, які виконує людина у процесі своєї життєдіяльності. У дитячому віці рухову активність можна умовно поділити на три складові частини: 1) у процесі фізичного виховання; 2) під час навчання та суспільно-корисної діяльності; 3) у вільний час, ігрова діяльність. Ці складові тісно пов'язані та забезпечують певний рівень добової активності.

Обстеження показало, що добова рухова активність хлопчиків з нормальним слухом становила  $2389,25 \pm 105,23$  ум.од. (середній рівень) (табл.2). Це діапазон оптимальних енерговитрат, що забезпечує нормальний розвиток фізичних і психічних якостей, підвищення рівня функціональних можливостей організму, збереження і зміцнення здоров'я.

Таблиця 2

Стан добової рухової активності слабчующих дітей (M±m)

Рівень рухової активності, ум.од.	КГ (n=19)	ОГ1 (n=21)
Хлопчики	n=10	n=10
	$2389,25 \pm 105,23$	$1789,23 \pm 213,6^*$
Дівчатка	n=9	n=11
	$2236,98 \pm 132,84$	$1654,28 \pm 107,94^*$

Примітки: \* – статистично значуща різниця у порівнянні із відповідним показником КГ ( $p < 0,05$ );

Рівень добових енерговитрат слабчующих хлопчиків в основній групі характеризувався як низький був меншим від показників КГ в середньому на 27% ( $p < 0,05$ ). Цей рівень характеризується обмеженням кількості та інтенсивності рухів, що зумовлено способом життя або станом здоров'я, нехтуванням фізичною культурою; супроводжується негативним впливом на процеси росту і розвитку організму та ризиком змін стану здоров'я дитини у діапазоні «морфо-функціональні порушення – патологічні зміни органів і систем організму». Наочним також був відсотковий розподіл хлопчиків за рівнями рухової активності. В КГ половина дітей характеризувалась середнім рівнем, майже порівну виявлялись діти з рівнями активності «нижче середнього» та «високий». В основній групі більшість хлопчиків характеризувались низьким рівнем активності, приблизно 35% - рівнем нижче середнього, а дітей з середнім рівнем активності взагалі не виявлено.

Аналогічними були тенденції при визначенні добової рухової активності дівчаток. Дівчатка з нормальним слухом характеризувались середнім рівнем рухової активності -  $2389,25 \pm 105,23$  ум.од. При обстеженні слабчующих дівчаток рівень їх активності був низьким і достовірно меншим, ніж у здорових дівчаток на 24,9% ( $p < 0,05$ ). Подібним до хлопчиків також був відсотковий розподіл за рівнями активності.

Поняття «гіпокінезія» можна трактувати як обмеження кількості і обсягу рухів, що зумовлено способом життя за ошадним режимом під час хвороби, іншими причинами. Часто гіпокінезія супроводжується гіподинамією, яка характеризується зменшенням м'язових зусиль, що витрачаються на утримання пози, переміщення тіла у просторі, фізичну роботу. У способі життя слабчующих дітей провідне місце посідає гіпокінезія, причинами якої є низька зацікавленість у фізичній активності, складнощі у активних іграх з однолітками, неповноцінне розуміння поставлених рухових завдань, відсутність занять у спортивних секціях, низька рухова активність у спеціалізованих дошкільних закладах, що стверджується на основі аналізу стану добової рухової активності.

**Висновки.** Об'єктивне сприйняття людиною всіх форм психічного відображення дійсності починаються з чуття, тому при порушенні слуху відбувається стійке порушення психічного та фізичного розвитку, яке призводить до недостатнього розвитку мовленнєвої функції, зниження рухової активності

Обстеження слабчующих дітей встановило, що зміни у стані їх здоров'я характеризуються рядом суб'єктивних та об'єктивних ознак. Найпоширенішими скаргами у дітей з порушенням слухом були підвищена сонливість, знижена фізична активність, прискорена втома, неухважність, низький інтерес до контакту з оточуючими, часті захворювання. Більшість обстежених слабчующих дітей в анамнезі мали обтяжуючі фактори, що призвели до глухоти, у них відмічено відставання у календарному психомоторному розвитку.

Стан добової рухової активності слабчующих хлопчиків та дівчаток характеризувався як низький і був достовірно нижчим у порівнянні з показником дітей з нормальним слухом ( $p < 0,05$ ), що свідчить про загальну гіпокінезію глухих дітей. Специфікою досліджуваного контингенту реабілітації є те, що, у порівнянні з іншими групами слабчующих дітей, прогноз фізичного відновлення є сприятливим, оскільки при нормальному налагоджується повноцінний зв'язок з дитиною і, відповідно, виникає її адекватна реакція на реабілітаційні заходи та зберігається стабільний результат (нормалізація фізичного і психічного розвитку).

#### Література

- 1.Бойчук, Т. В., Аравіцька, М. Г. & Войчишин Л. І. (2012). Методика реабілітаційного обстеження у педіатрії. Івано-Франківськ: Плай.
- 2.Байкана, Н.Г., Мутьев, А. В. & Крет Я. В (2003) Влияние потери слуха на адаптационные и реабилитационные процессы глухих подростко. СанктПетербург, Россия.

- 3.Полька, Н. С., Колинченко, І. О., Гозак, С. В. & Станкевич, Т. В. (2011). Використання метаболічного еквіваленту в оцінці рівня рухової активності дітей шкільного віку. Київ.
- 4.Королева, І. В. (2005). Диагностика и реабилитация слуховой функции у детей раннего возраста. Київ: КАРО.
- 5.Полька, Н. С., Калиниченко, І. О., Гозак С. В. (2012). Оцінка добових енерговитрат для визначення рівня рухової активності дітей старшого дошкільного віку. Київ.
- 6.Б.С. Мороз, А.Т. Ростунов.(2013) Діти з порушенням слуху: крок за кроком від діагностики до інклюзії: Київ.

#### Reference

- 1.Boichuk, T. V., Aravitska, M. H. & Voichyshyn L. I. (2012). Metodyka reabilitatsiinoho obstezhennia u pediatrii. Ivano-Frankivsk: Plai.
- 2.Baikana, N.H., Mutev, A. V. & Kret Ya. V (2003) Vliyanye potery slukha na adaptatsyonnye y reabylytatsyonnye protsessy hlukhykh podrostko. SanktPeterburh , Rossyia.
- 3.Polka, N. S., Kolynychenko, I. O., Hozak, S. V. & Stankevych, T. V. (2011). Vykorystannia metabolichnoho ekvivalentu v otsintsi rivnia rukhovoї aktyvnosti ditei shkilnoho viku. Kyiv.
- 4.Koroleva, Y. V. (2005). Dyahnostyka y reabylytatsiya slukhovoї funktsyy u detei ranneho vozrasta. Kyiv: KARO.
- 5.Polka, N. S., Kalynychenko, I. O., Hozak S. V. (2012). Otsinka dobovykh enerhovytrat dlia vyznachennia rivnia rukhovoї aktyvnosti ditei starshoho doshkilnoho viku. Kyiv.
- 6.B.S. Moroz, A.T. Rostunov.(2013) Dity z porushenniam slukhu: krok za krokom vid diahnostryky do inkluzii: Kyiv.

УДК 373.2.015.31:796

**Каличак Ю.Л.**  
*кандидат педагогічних наук, доцент,  
доцент кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти,  
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, м. Дрогобич*

### ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ВИХОВАТЕЛІВ ЗАКЛАДІВ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

У статті проаналізовано психолого-педагогічні основи дослідження проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності у вихователів закладів дошкільної освіти.

Визначено пріоритетність розвитку освітньо-виховної та фізкультурно-оздоровчої галузі, оскільки від цього залежить рівень здоров'я та культури здорового способу життя кожної дитини.

Охарактеризовано зміст педагогічних умінь фахівця дошкільного виховання з урахуванням специфіки професійної діяльності. Обґрунтовано актуальність даної проблеми в сучасній системі вищої освіти України.

Розкрито головні чинники формування здоров'язбережувальної компетентності та змістове наповнення термінів: "компетентність", "здоров'язбережувальна компетентність", "здоров'язбережувальні технології", "здоров'язбережувальне середовище".

З'ясовано, що здоров'язбережувальна компетентність передбачає: раціональне харчування, оптимальну рухову активність, санітарно-гігієнічний режим праці та відпочинку; ефективне спілкування, відсутність і розв'язання конфліктів, поведінка в умовах тиску, погроз, дискримінації, спільна діяльність та співробітництво; самоусвідомлення та самооцінка, аналіз проблем і прийняття рішень, визначення життєвих цілей та програм, самоконтроль, мотивація успіху та тренування волі.

**Ключові слова:** здоров'я, здоров'язбережувальна компетентність, здоров'язбережувальне середовище, здоров'язбережувальні технології, професійна підготовка, вихователь закладів дошкільної освіти.

**Каличак Ю.Л. Формирование здоровьесберегающей компетентности у воспитателей учреждений дошкольного образования.** В статье проанализировано психолого-педагогические основы исследования проблемы формирования здоровьесберегающей компетентности у воспитателей учреждений дошкольного образования.

Определено приоритетность развития образовательно-воспитательной и физкультурно-оздоровительной отрасли, поскольку от этого зависит уровень здоровья и культуры здорового образа жизни каждого ребенка.

Охарактеризовано содержание педагогических умений специалиста дошкольного воспитания с учетом специфики профессиональной деятельности. Обосновано актуальность данной проблемы в современной системе высшего образования Украины. Раскрыто главные факторы формирования здоровьесберегающей компетентности и содержательное наполнение терминов: "компетентность", здоровьесберегающая компетентность", "здоровьезбережувальні технології", "здоровьесберегающая среда".

Выяснено, что здоровьесберегающая компетентность предполагает: рациональное питание, оптимальную двигательную активность, санитарно-гигиенический режим труда и отдыха; эффективное общение, отсутствие и разрешения конфликтов, поведение в условиях давления, угроз, дискриминации, совместная деятельность и сотрудничество; самосознания и самооценка, анализ проблем и принятие решений, определение жизненных целей и программ, самоконтроль, мотивация успеха и тренировки воли.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровьесберегающая компетентность, здоровьесберегающая среда, здоровьесберегающие технологии, профессиональная подготовка, воспитатель учреждение дошкольного образования.