

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Факультет: ІІІ медичний

Антон Попов

Група ФТ-23/2-3

**ПЕРША ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧНІВ
В УМОВАХ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

зі спеціальності

227 «Фізична терапія, ерготерапія»,
Спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»

Науковий керівник:

доцент, кандидат наук з фізичного
виховання та спорту;

(вчене звання, вчений ступінь)

доцент кафедри ФР, СМ, ФВ і здоров'я;

(посада, кафедра)

Дмитро Георгійович Сердюк

(ім'я, по-батькові, прізвище)

Запоріжжя, 2025 рік

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет

Факультет III медичний

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я

Спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Освітньо-кваліфікаційний рівень МАГІСТР

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему

**ПЕРША ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ТА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧНІВ
В УМОВАХ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ**

Студент Попов Антон

Група

КЕРІВНИК РОБОТИ: доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент Сердюк Д.Г.

(підпис)

РЕЦЕНЗЕНТ: завідувач кафедри внутрішніх хвороб 1, професор, доктор медичних наук

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

Лашкул Дмитро Андрійович

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

Робота розглянута на засіданні кафедри (протокол № 9 від 25.04.2025 р.) і допущена до захисту.

ЗАВІДУВАЧ КАФЕДРИ:

доктор наук з фізичного виховання та спорту,
професор Дорошенко Е.Ю.

(підпис)

Запоріжжя, 2025 рік

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 57 сторінок, 63 літературних джерел.

Об'єкт дослідження – організація домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.

Предмет дослідження – практична реалізація системи домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.

Мета дослідження – аналіз організації домедичної допомоги і фізичної реабілітації у середніх загальноосвітніх закладах та розробка практичних рекомендацій.

Методи дослідження: аналіз, узагальнення, систематизація науково-методичної літератури і мережі «Internet»; клініко-педагогічні спостереження; морфометричні вимірювання школярів 16-17 років (зріст, вага); визначення рівня фізичного здоров'я за (Г.Л. Апанасенком); опрацювання медичних карток школярів; методи математичної статистики для обробки отриманих експериментальних результатів.

У школярів 16-17 років переважають «низький» і «нижче за середній» рівні фізичного (соматичного) здоров'я. В узагальненій структурі захворюваності школярів 16-17 років переважають: за показниками звернень до лікаря у школярів 16 років переважають хвороби органів дихання і травми (пошкодження) опорно-рухового апарату – по 21,74 %; за показниками звернень за медичною допомогою у школярів 17 років домінують різні нозологічні форми захворювань органів травлення, органів дихання, сенсорних органів і неврологічних патологій та пошкодження опорно-рухового апарату – по 19,05 %. Школярі 16-17 років, в освітньому процесі, потребують наскрізного моніторингу показників фізичного (соматичного) здоров'я, що є одним із основних компонентів системи управління охороною здоров'я населення.

**ФІЗИЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК, ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА,
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я**

ABSTRACT

The qualification work consists of 57 pages, 63 literary sources.

The object of the study is the organization of home care, physical rehabilitation and health physical culture in secondary general educational institutions.

The subject of the study is the practical implementation of the system of home care, physical rehabilitation and health physical culture in secondary general educational institutions.

The purpose of the study is the analysis of the organization of home care and physical rehabilitation in secondary general educational institutions and the development of practical recommendations.

Research methods: analysis, generalization, systematization of scientific and methodological literature and the Internet; clinical and pedagogical observations; morphometric measurements of schoolchildren 16-17 years old (height, weight); determination of the level of physical health according to (G.L. Apanasenko); processing of medical records of schoolchildren; methods of mathematical statistics for processing the obtained experimental results.

In schoolchildren aged 16-17, the «low» and «below average» levels of physical (somatic) health prevail. In the generalized structure of morbidity in schoolchildren aged 16-17, the following prevail: in terms of visits to a doctor, respiratory diseases and injuries (damages) of the musculoskeletal system prevail in schoolchildren aged 16 – 21,74 % each; in terms of visits to medical care in schoolchildren aged 17, various nosological forms of diseases of the digestive system, respiratory organs, sensory organs and neurological pathologies and damage to the musculoskeletal system dominate – 19,05 % each. Schoolchildren aged 16-17, in the educational process, need end-to-end monitoring of physical (somatic) health indicators, which is one of the main components of the population health management system.

PHYSICAL HEALTH, PHYSICAL DEVELOPMENT, HOME MEDICAL ASSISTANCE, PHYSICAL REHABILITATION, PHYSICAL CULTURE, HEALTH CARE

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	–	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ЕМД	–	екстрена медична допомога
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
МКХ	–	Міжнародна класифікація хвороб
МСП	–	Міністерство соціальної політики України
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	–	Міністерство освіти і науки України
НАМН	–	Національна Академія Медичних Наук України
ННМЦ	–	навчально-науковий медичний центр
ООН	–	Організація Об'єднаних Націй
ЮНЕСКО	–	Спеціалізований заклад Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури
ЮНІСЕФ	–	Дитячий Фонд ООН
SCORM	–	Sharable Content Object Reference Model
WHO	–	World Health Organization
UNCF	–	United Nations Children's Fund
χ	–	середня арифметична величина
m	–	помилка середньої арифметичної величини
S	–	середнє квадратичне відхилення
%	–	відсоткове значення

ЗМІСТ

Реферат.....	3
Перелік умовних скорочень.....	5
Вступ.....	7
1 Огляд літератури	9
1.1 Перша домедична допомога в освітньому процесі загальноосвітніх навчальних закладів	9
1.2 Сучасні концепції формування здоров'я в освітньому процесі на основі Глобальних Стандартів ЮНІСЕФ і ВООЗ	15
1.3 Медичні кабінети у середніх загальноосвітніх навчальних закладах України	18
1.4 Національна система охорони здоров'я у навчальних закладах України	22
2 Завдання, методи та організація дослідження	28
2.1 Завдання дослідження	28
2.2 Методи дослідження	28
2.3 Організація дослідження	29
3 Результати дослідження	30
Висновки	43
Практичні рекомендації	45
Список використаних джерел.....	49
Додатки	56

ВСТУП

Забезпечення особистої безпеки та збереження здоров'я школярів – одна з найважливіших сторін якісного забезпечення освітнього процесу у середніх загальноосвітніх закладах. В Україні та у світі, загалом, значна увага приділяється безпеці освітнього процесу, у тому числі, внаслідок повномасштабної збройної агресії РФ проти незалежної України.

У зазначеному контексті, у середніх загальноосвітніх закладах необхідно сформувати систему охорони здоров'я школярів в освітньому процесі з наступних складових компонентів: домедична допомога, фізична реабілітація, оздоровча фізична культура.

Провідне завдання домедичної допомоги у разі виникнення нещасного випадку – зберегти життя до прибуття фахівців-рятувальників та екстреної медичної допомоги.

Для фізичної реабілітації провідним є відновлення здоров'я школярів шляхом комплексного використання різних засобів, які спрямовані на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а у випадку неможливості досягнення цього – розвиток компенсаторних функцій.

Для оздоровчої фізичної культури провідним є подолання дефіциту рухової активності, повноцінна рекреація, заняття масовими видами спорту.

На підставі вищезазначеного, сформульовано основні структурні компоненти дослідження за темою кваліфікаційної роботи:

мета дослідження – аналіз організації домедичної допомоги і фізичної реабілітації у середніх загальноосвітніх закладах та розробка практичних рекомендацій.

Завдання дослідження:

1. Визначити стан проблеми стосовно першої домедичної допомоги та організації реабілітаційних заходів у середніх загальноосвітніх закладах за підсумками аналізу, узагальнення та систематизації даних науково-методичної літератури та мережі «Internet».

2. Визначити показники фізичного розвитку та рівня фізичного здоров'я (за Г.Л. Апанасенком) школярів 16-17 років Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради.

3. Розробити практичні рекомендації стосовно вдосконалення першої домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури для середніх загальноосвітніх навчальних закладів.

Об'єкт дослідження – організація домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.

Предмет дослідження – практична реалізація системи домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.

Елементи наукової новизни дослідження за темою кваліфікаційної роботи стосуються узагальнення та систематизації наукових знань стосовно організації першої домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.

Практична значущість дослідження ґрунтується на розробці практичних рекомендацій з організації першої домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Перша домедична допомога в освітньому процесі загальноосвітніх навчальних закладів

Освітній процес у загальноосвітніх навчальних закладах характеризується непередбачуваністю складних ситуацій, коли життя від смерті відокремлюють хвилини чи секунди. І, навіть, якщо не брати до уваги військові дії, у мирному житті, в освітньому процесі існує безліч небезпечних ситуацій, які пов'язані з освітніми, виробничими і побутовими травмами різної складності, з електричним струмом або з хімічними речовинами, тощо [23].

Домедична допомога в освітньому процесі загальноосвітніх навчальних закладів – невідкладні дії та організаційні заходи, які спрямовані на порятунок та збереження життя школярів у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу зазначеного стану на рівень його здоров'я, які здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти [10-12].

Першу медичну допомогу надають особи, які мають медичну освіту, згідно номенклатури лікарських спеціальностей, від 22.02.2019 року, № 446 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України, від 18 серпня 2021 року, № 1753) [55].

Екстрена медична допомога у загальноосвітніх навчальних закладах полягає у здійсненні профільними медичними працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, які спрямовані на порятунок та збереження життя школярів, які перебувають у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на їх здоров'я [18].

Невідкладний стан – це патологічні зміни в організмі школярів, які виникають внаслідок впливу фізичних, хімічних і біологічних чинників, що призводить до різкого погіршення стану здоров'я, можуть провокувати фізичні невідкладні стани, які загрожують життю та вимагають екстрених лікувальних дій (у межах хвилини або декількох хвилин, зрідка, у межах, години) [20].

До них відносять патологічні стани організму школярів, які:

- безпосередньо не загрожують життю, проте така загроза може стати реальною, у будь-який момент часу;
- під час яких, відсутність своєчасної медичної допомоги може спричинити стійкі незворотні зміни в організмі;
- при яких, у короткий термін, потрібно оперативно полегшити стан здоров'я школяра.

У сучасній медичній науці, станом на сьогодні, диференціюють п'ять видів невідкладних станів [50]:

- коли існує загроза летального випадку при несвоєчасному наданні екстреної медичної допомоги;
- відсутня безпосередня загроза життю, але вона може виникнути, у будь-який момент часу;
- відсутність екстреної медичної допомоги, що може призвести до стійких незворотних змін в організмі, окремих органах або системах;
- необхідність термінового полегшення страждань пацієнта (потерпілого);
- поведінка пацієнта (потерпілого) становить небезпеку для безпосереднього оточення та потребує оперативного медичного втручання.

Алгоритм (послідовність) надання медичної допомоги постраждалим школярам полягає у наступному [46]:

- формування загального враження про випадок травматизму – збирання інформації, яка отримана від потерпілого та свідків, на основі якої формується попередній висновок про механізм та обставини травми, попереднього визначення діагнозу та стану потерпілого школяра.
- проведення первинного медичного огляду – оперативна оцінка життєво важливих функцій у пацієнта (постраждалого школяра) та, за необхідності, усунення загрозливих, для життя, станів.
- проведення вторинного медичного огляду – оцінка та визначення наявних травм у пацієнта (потерпілого школяра), який проводиться за відсутності загрозливих для його життя станів.

Рекомендована послідовність дій [46, 50]:

- перед наданням медичної допомоги переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, пацієнта (постраждалого школяра) і, лише, за її відсутності, перейти до наступних дій (кроків)

Первинний медичний огляд:

- при наближенні до пацієнта (постраждалого школяра) необхідно оцінити: вік, стать, вагу, становище, у тому числі, стосовно навколишніх предметів;

- оцінити активність пацієнта (постраждалого школяра): рівень орієнтації у часі та просторі, можливість або відсутність виконання цілеспрямованих рухів, рівень збудження, тощо;

- звернути увагу на наявність або відсутність ознак зовнішньої потужної кровотечі;

- встановити первинну комунікацію з пацієнтом (постраждалим школярем): звернутися до нього, з питаннями: «Ви мене чуєте?», «Я можу вам допомогти?».

- наближатися до пацієнта (постраждалого школяра) з боку можливого візуального контакту, для обмеження його потенційних рухів головою.

У разі виявлення пацієнта (постраждалого школяра) у невідкладному стані, який, не може, особисто, звернутися за наданням екстреної медичної допомоги і, за відсутності медичних працівників на місці події, громадянин України або будь-яка інша особа, яка виявила таку людину, зобов'язані:

- негайно здійснити виклик екстреної медичної допомоги і повідомити про виявленого пацієнта (постраждалого школяра), який перебуває у невідкладному стані, поінформувати про місце події працівників найближчого закладу охорони здоров'я або будь-яку іншу особу, яка зобов'язана надавати медичну допомогу та знаходиться поблизу місця події;

- за можливістю, надати виявленому пацієнту (постраждалому школяру), який знаходиться у невідкладному стані, необхідну медичну допомогу.

Порядок виклику екстреної (швидкої) медичної допомоги (з урахуванням змін від 1 січня 2021 року).

Для виклику мобільної бригади екстреної медичної допомоги слід

зателефонувати за номером 103 (єдиний номер виклику екстреної медичної допомоги) або 112 (єдиний телефонний номер екстреної допомоги). Виклик безкоштовний, приймається диспетчером оперативно-диспетчерської служби Центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф. З метою контролю за якістю надання послуг здійснюється аудіозапис виклику та реагування на нього, що підлягають зберіганню протягом 3 років.

Правила надання інформації (що говорити і в якій послідовності?).

Локація – назвати точну адресу виклику (район, населений пункт, вулицю (якщо змінювалася назва – новий і старий варіанти), номер будинку, за наявності номер квартири, поверх, номер під'їзду і код). Якщо назва вулиці або номер будинку невідомі, необхідно уточнити інформацію стосовно шляхів під'їзду до місця виклику та його загальновідомі орієнтири.

Персональні дані – назвати прізвище, ім'я, стать, вік пацієнта (постраждалого школяра), якщо паспортні дані невідомі, необхідно зазначити його стать та орієнтовний вік.

Опис скарги, стану та симптомокомплексу пацієнта (постраждалого школяра). Також потрібно детально поінформувати, хто надав інформацію, з якого телефонного номера викликається мобільна бригада екстреної медичної допомоги. Рекомендується надати номери телефонів для додаткового контакту, якщо немає можливості залишитися біля постраждалого до приїзду медиків. Необхідно повідомити інформацію про можливі загрози життю та здоров'ю працівників мобільної бригади екстреної допомоги (за наявності).

Критичні звернення стосуються пацієнтів (постраждалих школярів) за наявності невідкладних станів, які безпосередньо загрожують життю, вимагають термінового виконання реанімаційних заходів. Зазначені стани супроводжується: відсутністю дихання; неефективним диханням; ознаками масивної крововтрати/кровотечі; зумовлені травмами різної тяжкості та етіології; впливом зовнішніх чинників (ураження електричним струмом, блискавкою, тощо); інтоксикацією та отруєнням, у тому числі укусами тварин, комах; гострими і хронічними захворюваннями. Час прибуття на виклик – 10 хвилин з моменту

надходження звернення до Диспетчера (або більше – у разі виникнення обставин, які не залежать від організації системи надання екстреної медичної допомоги).

Екстрені звернення стосовно пацієнтів (постраждалих школярів) при невідкладних станах, які несуть загрозу життю та здоров'ю людини і можуть призвести до різкого погіршення стану у разі несвоєчасного надання екстреної медичної допомоги. Зазначені стани супроводжуються порушенням свідомості; ознаками кровотечі; ознаками гострого коронарного синдрому; ознаками гострого мозкового інсульту; розладами дихальних актів; іншими скаргами та ознаками, визначеними екстреними відповідно до переліку причин звернень і скарг про необхідність надання екстреної медичної допомоги; умовлені різними видами травм різної тяжкості та етіології; впливом зовнішніх чинників (ураження електричним струмом, блискавкою, тощо); інтоксикацією та отруєнням, у тому числі, укусами тварин, комах; гострими і хронічними захворюваннями. Час прибуття на виклик – 20 хвилин з моменту надходження звернення до Диспетчера (або більше – у разі виникнення обставин, які не залежать від організації системи надання екстреної медичної допомоги).

Неекстрені звернення, стосовно пацієнтів (постраждалих школярів), стан яких не є невідкладним і відтермінування для надання медичної допомоги не призведе до погіршення стану здоров'я, проте пацієнт (постраждалий школяр) потребує оцінки стану здоров'я медичним працівником. Час прибуття на виклик – не регламентований. Диспетчер рекомендує звернутися до лікаря, який надає первинну медичну допомогу, з яким укладено декларацію або лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Непрофільні звернення, стосовно пацієнтів (постраждалих школярів), стан яких не є невідкладним і не вимагає надання медичної допомоги у межах, що передбачені кваліфікаційними вимогами працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Пацієнт (постраждалий школяр) не вимагає проведення оцінки стану здоров'я на місці, у разі потреби, йому може бути надано дистанційну медичну консультацію через відповідне звернення. Час прибуття на виклик – не

регламентований. Диспетчер рекомендує звернутися до лікаря, який надає первинну медичну допомогу, з яким укладено декларацію, або лікаря, який надає первинну медичну допомогу або надає дистанційну медичну консультацію через звернення.

Алгоритм оцінки стану пацієнта (постраждалого школяра):

- наблизитися до пацієнта (постраждалого школяра), якщо немає загрози вашому здоров'ю та життю;
- встановити вербальну комунікацію;
- якщо пацієнт (постраждалий школяр) не реагує – встановити тактильну комунікацію;
- перевірити наявність дихальних актів і їх відповідність життєвим станам: за необхідності, відновити прохідність дихальних шляхів, закинувши голову пацієнта (постраждалого школяра) назад і піднявши його підборіддя. Визначити наявність повноцінних дихальних актів за допомогою прийому: «чути, бачити, відчувати». Наявність дихання визначатиме до 10 секунд. Якщо виникли сумніви, є дихання або воно ненормальне, вважати, що дихання відсутнє; при нормальному диханні за відсутності свідомості слід перевести пацієнта (постраждалого школяра) у стабільне бічне становище, здійснити виклик екстреної медичної допомоги та перевіряти дихання кожні 3-5 хвилин, до моменту приїзду мобільної бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; якщо дихання відсутнє – перейти до серцево-легеневої реанімації.

Алгоритм серцево-легеневої реанімації пацієнта (постраждалого школяра):

- виконати п'ять штучних вдихів, за яких, одночасно, оцінювати їх ефективність;
- попросити інших випадкових свідків (працівників загальноосвітнього навчального закладу) здійснити виклик мобільної бригади екстреної медичної допомоги і дотримуватися вказівок диспетчера. Якщо особа, яка надає домедичну допомогу одна – виклик екстреної медичної допомоги слід здійснити після виконання п'яти штучних вдихів;
- якщо при виконанні п'яти штучних вдихів у пацієнта (постраждалого

школяра) з'явилися явні ознаки життя, слід забезпечити подальше за його станом до приїзду мобільної бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

- якщо після п'яти штучних вдихів у пацієнта (постраждалого школяра) відсутні ознаки життя та особа, яка надає домедичну допомогу одна – необхідно здійснити виклик мобільної бригади екстреної медичної допомоги, перевести телефон у гучний режим і негайно перейти до подальшого проведення серцево-легеневої реанімації:

- виконати 15 натискань на грудну клітину на глибину $1/3$ із частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину (однією кінцівкою);

- виконати 2 вдихи тривалістю, не більше 5 секунд;

- якщо відсутні відповідні засоби або бар'єрні пристрої для проведення штучного дихання – провести лише натискання, а щойно з'явиться можливість – забезпечити штучне дихання;

- після двох вдихів продовжити натискання на грудну клітину пацієнта (постраждалого школяра) відповідно до наведених рекомендацій;

- не слід переривати натискання на грудну клітину пацієнта (постраждалого школяра) більш як на 10 секунд.

1.2 Сучасні концепції формування здоров'я в освітньому процесі на основі Глобальних Стандартів ЮНІСЕФ і ВООЗ

Станом, на сьогодні, глобальні міжнародні інституції (Всесвітня організація охорони здоров'я та ЮНІСЕФ) випустили Глобальні Стандарти для шкіл, які сприяють зміцненню здоров'я – пакет методичних матеріалів, покликаних допомогти школам у зміцненні здоров'я та благополуччя близько 2,0 млрд школярів у всьому світі. За період пандемії коронавірусу COVID-19 закриття багатьох середніх загальноосвітніх навчальних закладів (шкіл, ліцеїв, колегіумів, тощо) серйозно порушило ефективність та якість освітнього процесу. За незалежними оцінками експертів профільних комітетів ВООЗ, у 2025 році близько 365 млн учнів початкових класів виявилися позбавленими шкільного харчування;

zareєстровано значне зростання поширеності різних стрес-факторів, тривожних розладів та інших проблем психічного здоров'я та ментальної сфери дитини.

Загальноосвітні навчальні заклади відіграють провідну роль у забезпеченні благополуччя учнів, членів їх родин і їх соціального оточення. Зв'язок між ефективністю та якістю освіти і здоров'ям школярів є очевидним та аксіоматичним. Представлені нові Глобальні Стандарти розроблені для підвищення ефективності освітнього процесу у загальноосвітніх навчальних закладах, адміністрація яких дбає про навчання та здоров'я учнів, озброює їх знаннями, вміннями і навичками, які дозволяють, у близькій перспективі, зміцнювати стан власного здоров'я, благополуччя та якості життя, розширювати потенційні можливості для майбутнього працевлаштування та життєві горизонти.

Зазначений пакет інструктивно-методичних матеріалів розроблено на основі восьми Глобальних Стандартів і має на меті сприяти кожному загальноосвітньому навчальному закладу у формуванні в учнів критично необхідних життєвих навичок, когнітивних, соціальних та емоційних умінь і звичок формування здорового способу життя. Глобальні Стандарти, попередньо, апробовано у низці країн – Ботсвані, Єгипті, Кенії, Парагваї, тощо. Ініціатива ефективно сприяла досягненню сформульованої, у межах Тринадцятої спільної програми роботи ВООЗ, мети стосовно зміцнення здоров'я, близько 1 млрд дітей шкільного віку у 2023 році, а також виконання, координованого ЮНЕСКО, Порядку освіти, на період до 2030 року.

Процеси набуття якісної освіти і формування власного здоров'я є взаємопов'язаними основними правами різних верств населення, у тому числі, дітей шкільного віку, є основою кожного з прав людини і мають вирішальне значення для соціального та економічного розвитку країн – членів ООН. Ситуація, за якої, загальноосвітній навчальний заклад не сприяє зміцненню здоров'я, є абіологічною, не виправданою та неприйнятною, для цивілізованого світу.

Органи системи освіти активно застосовують Глобальні Стандарти для сприяння зміцненню здоров'я, благополуччя та підвищення якості життя школярів за рахунок підвищення ефективності управління освітнім процесом у

загальноосвітніх навчальних закладах. Глобальні міжнародні інституції (Всесвітня організація охорони здоров'я та ЮНІСЕФ) активно взаємодіють з урядами і парламентами, допомагаючи країнам адаптувати глобальні методичні матеріали до специфічних умов національного законодавства. Зазначені інструктивно-методичні матеріали ґрунтуються на переконливих фактичних даних про те, що комплексні шкільні програми з охорони здоров'я, захисту психічного здоров'я та організації харчування школярів є реально корисними дітям шкільного віку.

Зокрема, зазначено, що заходи з охорони здоров'я, захисту психічного здоров'я та організації харчування дітей у шкільного віку, в загальноосвітніх навчальних закладах, які розташовані у країнах (регіонах) з низьким рівнем доходів населення та підвищеною поширеністю гельмінтозів та анемії, сприяють продовженню відвідування школи на 2,5 роки. Заходи стосовно профілактики пандемічних інфекційних захворювань (малярії) дозволяють збільшити кількість відвідування шкільних занять на 62 %. У загальноосвітніх навчальних закладах, які забезпечують збалансований раціон харчування, показники зарахування, у середньому, є вищими, на 9 %, а відвідуваність шкільних занять – на 8 %; при цьому, зниження передпатологічних показників анемії у дівчат підліткового віку дорівнює показнику, близько, 20 %. У країнах з низьким рівнем доходу населення заходи профілактики і пропаганди гігієни рук допомагають на 21-61 % знизити кількість пропуску шкільних занять через шлунково-кишкові патології і гострі респіраторні вірусні захворювання. Безкоштовні офтальмологічні огляди і видача окулярів, приблизно, на 5 % підвищує ймовірність успішного проходження школярами стандартних випробувань з читання та математики.

Комплексне статеве виховання сприяє формуванню біологічно здорових форм поведінки, захисту сексуального та репродуктивного здоров'я та пов'язаних з цим, прав дитини, покращує показники психічного, сексуального та репродуктивного здоров'я, зокрема, за рахунок зниження числа випадків ВІЛ-інфекції, підліткової вагітності, психічних розладів, тощо.

Модернізація систем водопостачання та розвиток санітарії у загальноосвітніх навчальних закладах, а також, поширення знань про статеву гігієну формують, у

дівчаток, необхідні звички до підтримки гігієни тіла, зміцнення здоров'я, а також, почуття власної гідності, та спряють зниженню кількості перепусток шкільних занять у критичні періоди оваріально-менструального циклу, який притаманний жіночому організму.

Концепцію зміцнення здоров'я у школах було вперше сформульовано експертами профільних комітетів ВООЗ та ЮНІСЕФ у 1995 році та, відтоді, прийнято та впроваджено в освітній процесу більше 90 країн – членів ООН. Проте лише деякі країни впровадили зазначену концепцію у масовому масштабі, і ще менша кількість країн ефективно адаптували свої освітні та освітньо-професійні програми для ефективного виконання завдань стосовно зміцнення здоров'я. Нові Глобальні Стандарти допоможуть країнам інтегрувати діяльність зі зміцнення здоров'я у роботу загальноосвітніх навчальних закладів і суттєво підвищити показники здоров'я, благополуччя та якості життя дітей.

Таким чином, ЮНІСЕФ [63] та ВООЗ [62] наполегливо закликають країни сформувати сприятливе, для формування здоров'я, освітнє середовище у кожному загальноосвітньому навчальному закладі – школі, ліцеї, колегіумі, тощо.

1.3 Медичні кабінети у середніх загальноосвітніх навчальних закладах України

Основна мета створення та функціонування медичного кабінету у середніх загальноосвітніх навчальних закладах України полягає в організації медичного супроводу учасників освітньої діяльності.

Завданнями у роботі медичних кабінету у середніх загальноосвітніх навчальних закладах України є забезпечення виконання Державних санітарних правил і нормам влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів і надання якісної первинної медико-санітарної та реабілітаційної допомоги учасникам освітньо-виховного процесу.

Організація роботи медичного кабінету передбачає наступні напрями:

- розміщення медичного кабінету на першому поверсі середніх

загальноосвітніх навчальних закладів;

- оснащення медичного кабінету засобами та обладнанням за єдиними вимогами до упорядкування та удосконалення умов функціонування кабінету (відповідно до таблицю оснащення).

Приміщення медичного кабінету повинно добре освітлюватися природним світлом і лампами штучного освітлення, відносна вологість повітря – у діапазоні 40-60%, температура повітря – близько 21–23°C.

Шкільний медичний кабінет повинен забезпечуватися холодним і гарячим водопостачанням. Розташування медичних кабінетів може змінюватись відповідно до зміни спеціалізації середніх загальноосвітніх навчальних закладів, співвідношення класів і кількості школярів, тощо.

Шкільний медичний кабінет функціонує відповідно до загальнодержавних Ліцензійних умов провадження діяльності з медичної практики [54].

Адміністрація середніх загальноосвітніх навчальних закладів має право вимагати від медичного працівника дотримання положень Ліцензійних умов, сприяти виконанню окремих їхніх положень, а у разі недотримання – надавати відповідну допомогу для усунення недоліків.

Медичний працівник виконує наступні завдання:

- здійснює моніторинг стану здоров'я школярів;
- здійснює медико-санітарні, реабілітаційні, профілактичні та оздоровчі заходи під час освітнього процесу;
- надає домедичну, першу та невідкладну медичну допомогу, у разі випадку гострого захворювання або травми;
- організовує госпіталізацію школярів (за наявності медичних показань), інформує про випадки госпіталізації батьків або осіб, які їх замінюють;
- здійснює контроль за організацією та якістю харчування, за дотриманням раціонального режиму навчально-виховної діяльності, навчального навантаження;
- здійснює наскрізний моніторинг щодо дотримання санітарно-гігієнічних вимог і протиепідемічного режиму;
- проводить заходи санітарно-просвітницької роботи серед учнів, батьків або

осіб, які їх замінюють, і працівників середнього загальноосвітнього навчального закладу;

- оформлює звітно-облікову медичну документацію, у порядку, який встановлений відповідними нормативними документами МОЗ України [55];

- особисто контролює:

- а) проходження працівниками середнього загальноосвітнього навчального закладу обов'язкових медичних оглядів, у відповідності до вимог чинного законодавства України і наявності особистих медичних книжок;

- б) дотримання правил особистої гігієни персоналом структур громадського харчування (їдальні, буфети, тощо);

- в) здійснення періодичних оглядів школярів на наявність педикульозу (завошивленість) згідно з наказом МОЗ України «Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом». Всі школярі обов'язково проходять медичний огляд після канікул та у подальшому – за епідеміологічними показаннями, вибірково.

- г) здійснення обліку медичного обладнання, лікарських засобів і виробів медичного призначення, імунобіологічних препаратів, дотримується правил і термінів їх зберігання та використання, забезпечує своєчасне поповнення.

Обліково-звітна та медична документація шкільного медичного кабінету:

- медична картка дитини;
 - бланки документів;
 - довідка про медогляд;
 - журнал обліку профілактичних щеплень;
 - журнал обліку інфекційних захворювань;
 - журнал обліку роботи з гігієнічного виховання учнів;
 - журнал медичного контролю уроків з фізичної культури;
 - амбулаторний журнал;
 - журнал обліку учнів, які зараховані до відповідних груп фізичної культури:
- основна, підготовча, спеціальна медична;
- журнал спостереження за контактними школярами;

- журнал виконання норм харчування;
- журнал бракеражу готової харчової продукції;
- журнал обліку бракеражу сирової харчової продукції;
- журнал здоров'я працівників харчового блоку;
- журнал обліку випадків постачання недоброякісної харчової продукції;
- журнал температурного режиму у холодильнику на харчоблоці;
- журнал мікротравм працівників харчового блоку;
- журнал медогляду працівників харчового блоку;
- журнал обліку школярів, які направляються для медичних оглядів у міський туберкульозний диспансер;
- журнал обліку дітей, які знаходяться на диспансерному обліку у міському туберкульозному диспансері;
- журнал реєстрації школярів, які навчаються вдома (родинне навчання та виховання);
- журнал обліку довготривалих протипоказань;
- журнал медичних оглядів на педикульоз і коросту;
- журнал реєстрації школярів, які, за станом здоров'я, потребують дієтичного харчування;
- журнал обліку відмов школярів від профілактичних щеплень;
- журнал генерального прибирання приміщення шкільного медичного кабінету;
- журнал обліку кварцування приміщення шкільного медичного кабінету;
- диспансерний журнал;
- журнал санітарного стану приміщень харчового блоку;
- журнал реєстрації прибулих і вибулих школярів;
- журнал виклику мобільної бригади швидкої медичної допомоги.

Зазначені медико-санітарні вимоги забезпечують повноцінне функціонування шкільного медичного кабінету та якісний медико-санітарний і реабілітаційний супровід освітнього процесу у середніх загальноосвітніх навчальних закладах [6, 28].

Також значущими, в умовах повномасштабної збройної агресії РФ проти незалежної України є надання різних видів медико-соціальної, психологічної та реабілітаційної допомоги у середніх загальноосвітніх навчальних закладах України, а саме:

- медичного забезпечення школярів – внутрішньо-переміщених осіб [7, 8];
- медичної та фізичної реабілітації школярів – внутрішньо-переміщених осіб [9, 13, 17, 27];
- медичної реабілітації школярів після різних нозологічних форм захворювань [45, 47, 49] – при порушеннях постави і проблемах опорно-рухового апарату [15, 29, 30, 42]; при неврологічних захворюваннях [21, 48]; при гіперактивності у дітей різного віку [40]; при різних нозологічних формах бронхіальної астми [44]; при сенсорних порушеннях організму [41, 51];
- психологічної підтримки і супроводу школярів – внутрішньо-переміщених особам [3-5, 38, 39];
- особливостей організації освітнього процесу в особливих умовах дії воєнного стану [24-26; 31-36];
- особливостей реабілітації родин військовослужбовців і членів їх родин [22, 43], фізкультурно-спортивної реабілітації [14, 19, 35] та харчування школярів [16].

1.4 Національна система охорони здоров'я у навчальних закладах України

Формування національної системи охорони здоров'я у загальноосвітніх навчальних закладах України активно розпочалося з 2010 року, після оприлюднення та набуття чинності наказу Міністерства охорони здоров'я України, від 16.08.2010 року, № 682, «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів». Зокрема, у зазначеному документі, затверджено: схему періодичності обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів; форму первинної облікової документації № 086 – 1 / о «Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду»;

інструкцію про порядок оформлення форми первинної облікової документації № 086 – 1 / о «Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов’язкового медичного профілактичного огляду»; форму первинної облікової документації № 086 – 2 / о «Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьками або законними представниками, щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем» та інструкцію стосовно заповнення форми первинної облікової документації № 086 – 2 / о «Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьками або законними представниками стосовно виявлення факторів ризику алкогольних і наркотичних проблем» [59].

Згодом, прийнято відповідну Постанову Кабінету Міністрів України, від 20 січня 2021 року, № 31 «Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти». У п.п. 3, 4 наведено дані, що медичне обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів здійснюється медичним працівником, який є штатним працівником закладу освіти. У разі відсутності, у закладі освіти, штатного медичного працівника, заклад освіти укладає із закладом охорони здоров’я, що провадить господарську діяльність з медичної практики (сестринська справа, педіатрія, загальна практика – сімейна медицина), закладом з надання первинної медичної допомоги – територіальним центром первинної медико-санітарної допомоги або фізичною особою – підприємцем, які провадять господарську діяльність з медичної практики, договір про медичне обслуговування учнів [56].

Сучасне медичне обслуговування учнів містить: організацію проведення обов’язкових медичних профілактичних оглядів; організацію проведення профілактичних щеплень згідно з їх календарем після лікарського огляду; моніторинг стану здоров’я; здійснення профілактичних та оздоровчих заходів у закладах освіти; надання медичної допомоги учням, які перебувають у невідкладному стані, у закладах освіти [56].

На засадах формування Рекомендацій парламентських слухань за темою:

«Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» прийнято Постанову Верховної Ради України, від 13.01.2015 року, № 96-VIII.

У зазначеному документі декларується [58], що складні економічні умови, погіршення екологічної ситуації, надмірне техногенне навантаження, неблагополучні умови праці жінок репродуктивного віку, недосконалість системи медико-соціального забезпечення, високий рівень захворюваності населення, погіршення якості продуктів харчування, зростання стресових ситуацій у повсякденному житті спричиняють збільшення кількості дітей з різними видами патологій.

Забезпеченню прав дітей з порушеннями психофізичного розвитку на якісну освіту, охорону здоров'я та соціальну підтримку, ще не приділяється належної уваги в діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування. Відсутня системна співпраці центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, громадських організацій з питань медико-соціального та психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами і дітей з інвалідністю [58].

Потребує вдосконалення система раннього виявлення та своєчасної медичної реабілітації дітей із вродженими вадами або порушеннями розвитку, забезпечення їх належною медичною допомогою, розвиток мультидисциплінарних підходів до надання комплексної медико-соціальної та реабілітаційної допомоги педіатричним пацієнтам [1, 2, 37].

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України, від 25.09.2020 року, № 2205, введено в дію Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти [60].

Зазначений документ містить комплекси вправ з рухової активності та комплекс вправ гімнастики для очей (Додаток 3), рівні загального штучного освітлення у приміщеннях закладів загальної середньої освіти (Додаток 4), допустимі рівні звуку та звукових тисків у приміщеннях закладів освіти та на прилеглий до закладів освіти території (Додаток 5), допустимі значення вібрації у

будівлях закладів освіти (Додаток 6), гігієнічні правила складання розкладу навчальних занять (Додаток 7), допустима сумарна кількість годин (навчальних занять) тижневого навантаження учнів (Додаток 8), загальні вимоги до організації харчування дітей у закладах освіти (Додаток 9), перелік харчових продуктів, які заборонено реалізовувати у шкільних буфетах та у торгівельних апаратах, розміщених у закладах освіти (Додаток 10), вимоги до організації харчування дітей з особливими дієтичними потребами, включаючи харчову алергію та непереносимість окремих харчових продуктів або речовин (Додаток 11) і норми санітарно-дезінфекційного режиму у закладах освіти у період карантину (Додаток 12).

Процес реабілітації дітей і підлітків у загальноосвітніх навчальних закладах регламентований Законом України, від 03.12.2020 року, № 1053-IX, «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Зазначений документ містить правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі [57].

Офіційний сайт Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю містить «Перелік реабілітаційних установ, закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю станом на 06.02.2025 року [61]. Перелік постійно оновлюється і містить необхідну інформацію у вкладеному файлі у форматі «Excel».

Безпековий компонент освітнього навчання наведений у Рекомендаціях МОН України щодо організації укриття «Безпека під час навчання», від 28 липня, 2022 року [54]. Зазначені рекомендації розробили профільні фахівці Державної служби з надзвичайних ситуацій стосовно організації цих об'єктів з фонду захисних споруд цивільного захисту персоналу та дітей (учнів) закладів освіти. Документ містить вимоги і критерії до обладнання зазначених об'єктів з урахуванням безперервного перебування, впродовж, не менше 48 годин, і необхідністю забезпечення:

- місця для сидіння (лежання). Можна використовувати наявні, у закладах

освіти, стільці, лавки, ліжка, спортивні мати і каремати;

- ємності з питною водою (з розрахунку, 2 літри на 1 особу на добу);
- контейнери для продуктів харчування;
- виносні ємності для нечистот, які щільно закриваються (для неканалізованих будівель і споруд);
- резервне штучне освітлення (електричні ліхтарі, свічки, тощо) та електроживлення;
- первинні засоби пожежогасіння (відповідно до встановлених норм);
- засоби надання первинної медичної допомоги;
- засоби зв'язку та оповіщення (телефон, радіоприймач, доступ до мережі «Інтернет», Wi-Fi пристрої);
- шанцеві інструменти (лопати штикові та совкові, лом, сокири, пилки, ножівки, тощо).

За можливості найпростіші укриття забезпечуються додатковим обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до норм, що встановлені для захисних споруд. Загальну координацію національної системи охорони здоров'я у навчальних закладах України здійснює державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної Академії Медичних Наук України» [53].



Рис. 1.1 Структурна схема державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної Академії Медичних Наук України» [53]

Основними напрямками наукової діяльності державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної Академії Медичних Наук України» є [53]:

- визначення закономірностей формування здоров'я школярів України, середовищних і спадкових факторів, які його обумовлюють, розробка системи моніторингу;
- визначення нейрогормональних та імунних механізмів забезпечення розвитку дитячого організму і формування патологій, у тому числі, мультисистемних патологій і патоморфозних явищ у пубертатному періоді;
- розробка нових методів профілактики, діагностики, прогнозу перебігу та лікування захворювань серцево-судинної, травної, ендокринної систем, сполучної тканини, психічних порушень у підлітковому віці, створення відповідних експертних систем;
- медико-психологічна реабілітація дітей і підлітків з найбільш тяжкою соматичною патологією та порушеннями психічного розвитку, профілактика інвалідності;
- наукове обґрунтування найбільш ефективних форм медичного та реабілітаційного забезпечення дітей і підлітків в Україні, у тому числі, з груп соціального ризику.

2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Завдання і методи дослідження

Завдання дослідження.

1. Визначити стан проблеми стосовно першої домедичної допомоги та організації реабілітаційних заходів у середніх загальноосвітніх закладах за підсумками аналізу, узагальнення та систематизації даних науково-методичної літератури та мережі «Internet».
2. Визначити показники фізичного розвитку та рівня фізичного здоров'я (за Г.Л. Апанасенком) школярів 16-17 років Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради.
3. Розробити практичні рекомендації стосовно вдосконалення першої домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури для середніх загальноосвітніх навчальних закладів.

Методи дослідження.

- Аналіз, узагальнення, систематизація науково-методичної літератури і джерельної бази мережі «Internet» стосовно проблеми першої домедичної допомоги фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.
- Клініко-педагогічні спостереження стосовно практичного впровадження елементів першої домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах та їх практичного впровадження.
- Морфометричні вимірювання школярів 16-17 років (зріст, вага).
- Визначення рівня фізичного здоров'я за (Г.Л. Апанасенком).
- Опрацювання медичних карток школярів.
- Методи математичної статистики для обробки отриманих експериментальних результатів із визначенням середньої арифметичної величини ($\bar{x}$), помилки середньої арифметичної величини ($\pm m$), середнього квадратичного відхилення

середньої арифметичної величини (S), критерію достовірності за Стьюдентом (t) на рівнях (при, $p < 0,05$ і $p < 0,01$), відсоткового значення (%).

2.2 Організація дослідження

Експериментальні дослідження, за темою кваліфікаційної роботи, проведено у період з січня 2024 по лютий 2025 років протягом наступних етапів.

Перший етап – визначення стану проблеми стосовно першої домедичної допомоги, фізичної реабілітації та оздоровчої фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах та їх практичного впровадження за підсумками аналізу, узагальнення та систематизації даних науково-методичної літератури та мережі «Internet». Розробка плану експериментальних досліджень, визначення бази проведення досліджень (Запорізька гімназія № 77 Запорізької міської ради; кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я; Центр медичної реабілітації та профілактики ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМФУ). Формулювання структурних компонентів кваліфікаційної магістерської роботи – визначення мети, завдань, гіпотези, об'єкту та предмету досліджень, тощо.

Другий етап – визначення показників фізичного розвитку та фізичного здоров'я (за Г.Л. Апанасенком), проведення порівняльного аналізу та математико-статистична обробка отриманих результатів.

Третій етап. Розробка практичних рекомендацій, підготовка публікацій та апробація кваліфікаційної роботи. Рецензування наукових матеріалів та оформлення кваліфікаційної магістерської роботи.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Організація процесу викладання дисципліни «фізична культура» у загальноосвітніх навчальних закладах в умовах реалізації дистанційної форми навчання

Програмний матеріал у робочій програмі з дисципліни «фізична культура» сформовано на основі положень, які викладено в роботах вітчизняних науковців [35]. У структурі занять з дисципліни «фізична культура» для школярів середніх загальноосвітніх закладів передбачено:

- медичні огляди стану здоров'я школярів із диференціацією на основну, підготовчу та спеціальну медичну групу;

- дистанційне проведення практичних занять згідно із поточним розкладом занять;

- відповідна спрямованість практичних занять:

- а) на загальну фізичну підготовку (для основної медичної групи);

- б) на спеціальну фізичну підготовку (для основної медичної групи);

- в) на оздоровлення організму із застосуванням рекреаційних технологій (для підготовчої медичної групи);

- г) на лікувальну фізкультуру (для спеціальної медичної групи)

- відеоматеріали, що створюються для використання при дистанційному проведенні занять з дисципліни «фізична культура», є адаптованими і модифікованими, для занять у побутових умовах (з використанням меблів, килимів, пластикових пляшок, рушників, тощо, у якості інвентаря та інструментів фізичного навантаження);

- організація навчального процесу: вчителі з фізичної культури і модератори створюють відповідний захід на платформі дистанційного навчання. Згідно розкладу занять школярі, за допомогою мобільних пристроїв, доєднуються до заходу в групу відповідного вчителя фізичної культури, який проводить заняття.

Структура практичного заняття.

Вступна частина – 12 хвилин. Школярі отримують від викладача теоретичні та методичні відомості відповідно до теми практичного заняття – 5 хвилин; вчитель розміщує на платформі дистанційного навчання 10 тестових запитань, які є відповідними темі практичного заняття, школярі опрацьовують і розв'язують запропоновані питання та надсилають відповіді – 5 хвилин; перевірка завдань і підведення підсумків вступної частини уроку з фізичної культури – 2 хвилини.

Основна частина – 30 хвилин. Перегляд відеоматеріалів школярами із паралельним виконанням запропонованих вправ, коментарями вчителя й обміном думками стосовно виконання вправ у форматі «запитання – відповідь»:

- 8 хвилин – перегляд відеоматеріалів школярами із паралельним виконанням запропонованих вправ; 2 хвилин – коментар вчителя й обмін думками у форматі «запитання – відповідь» за першим завданням уроку фізичної культури;

- 8 хвилин – перегляд відеоматеріалів школярами із паралельним виконанням запропонованих вправ; 2 хвилин – коментар вчителя й обмін думками у форматі «запитання – відповідь» за другим завданням уроку фізичної культури;

- 8 хвилин – перегляд відеоматеріалів школярами із паралельним виконанням запропонованих вправ; 2 хвилин – коментар вчителя й обмін думками у форматі «запитання – відповідь» за третім завданням уроку фізичної культури.

Заклучна частина – 13 хвилин; підведення підсумків заняття – 5 хвилин; розгляд матеріалів для самостійного практичного опрацювання – 5 хвилин; домашнє завдання (доповідь за темою практичного заняття за визначеною тематикою) – 3 хвилини.

Особливістю моніторингу функціонального стану й освітніх досягнень школярів при проведенні занять з дисципліни «фізична культура» в освітньому процесі середніх загальноосвітніх навчальних закладів є застосування дистанційних технологій – поєднання можливостей глобальної мережі «Internet», спеціального комп'ютерного забезпечення (My Fit) і технічних характеристик мобільних гаджетів (мобільних телефонів, ноутбуків, тощо).

На рис. 3.1 наведено зовнішній вигляд та основні функціональні характеристики, які забезпечують інноваційні технології використання фітнес-

трекерів у дистанційному форматі (під час викладання дисципліни «фізична культура» в умовах дії воєнного стану).

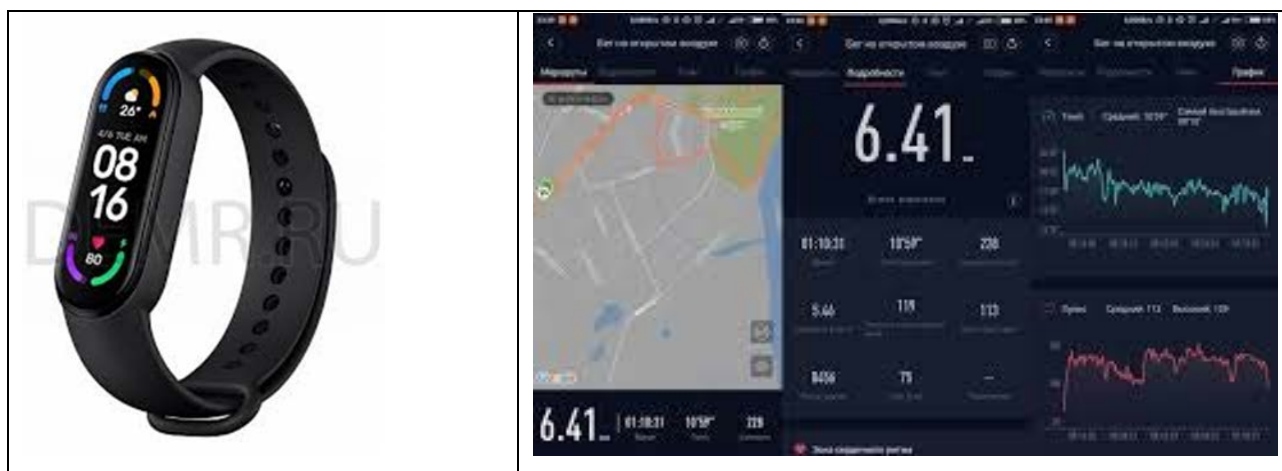


Рис. 3.1 Зовнішній вигляд та основні функціональні характеристики, які забезпечують інноваційні технології використання фітнес-трекерів під час викладання дисципліни «фізична культура» в умовах дії воєнного стану.

Забезпечення наскрізного моніторингу рівня знань, формування рухових здібностей і зворотній зв'язок під час практичних занять з дисципліни «фізична культура»:

- наскрізний моніторинг рівня знань: підготовка відповідей на 10 тестових запитань, які є відповідними темі практичного заняття (вступна частина заняття), обмін думками школярів і вчителя у форматі «запитання – відповідь» (основна частина);

- доповідь з презентацією за темою практичного заняття за визначеною тематикою (заклучна частина – отримання теми доповіді, домашнього завдання підготовка матеріалів доповіді та відправка до відповідної групи на дистанційній платформі;

- наскрізний моніторинг формування рухових здібностей і їх поточного рівня. При виконанні практичного завдання, що викладене у відеоматеріалах, школяр, за допомогою поширених моделей фітнес-трекерів, мобільного додатку «My Fit» і відповідного програмного забезпечення, у режимі онлайн, з фіксацією параметрів,

які зареєстровані при виконанні фізичних вправ: кількість елементарних локомоцій, кілометраж, калораж, частота серцевих скорочень, пульсометрія, показники артеріального тиску, температура тіла та ін. Після закінчення практичного заняття, з використанням мобільного додатку «My Fit» і мережі «Internet», школяр надсилає отримані показники до відповідної групи у дистанційній платформі для перевірки та опрацювання вчителями фізичної культури;

- зворотній зв'язок школярів і вчителів забезпечується використанням наявного комплексу засобів і відповідного програмного забезпечення.

Наведена технологія дистанційного викладання дисципліни «фізична культура» з використанням дистанційних технологій навчання у середніх загальноосвітніх навчальних закладах є корисною та ефективною в умовах, які спричинені обмеженнями навчального процесу під час воєнного стану.

Отже, дистанційні форми навчання школярів з дисципліни «фізична культура, які впроваджено Запорізькій гімназії № 77 ЗМР на основі використання відповідних платформ дистанційної освіти із застосуванням популярних моделей індивідуальних фітнес-трекерів з комп'ютерним програмним забезпеченням «My Fit» з використанням технологій супутникового позиціонування GPS (*Global Position System*) дозволяють забезпечити ефективне проведення практичних занять з фізичної культури в умовах повномасштабних воєнних дій. Досвід практичної роботи вчителів фізичної культури дозволяє констатувати, що найбільш ефективною, в умовах обмежень у навчальному процесі, є змішана форма проведення практичних занять. Викладена технологія є ефективною і може бути рекомендована для апробації в освітній процес школярів 16-17 років у середніх загальноосвітніх навчальних закладах.

Значущою, у зазначеному контексті, є, саме, оздоровча спрямованість занять з фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах – у цей віковий період закладаються основи майбутнього здоров'я громадян України та української нації, у цілому.

3.2 Оцінка показників фізичного розвитку та фізичного здоров'я школярів 16-17 років Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради

У табл. 3.1 наведено нормативні або орієнтовно-оптимальні показники фізичного розвитку школярів 16-17 років, які використовують у якості модельних значень у процесі оцінки фізичного стану та визначення рівня здоров'я школярів.

Таблиця 3.1

Нормативні показники фізичного розвитку школярів 16-17 років

Вік, стать	Показники фізичного розвитку школярів						
	критично низькі	низькі	нижче середніх	середні	вище середніх	високі	тах високі
зріст, см							
X(16)	<158,8	158,8- 163,2	163,2-166,8	166,8-177,8	177,8-182,0	182,0-186,3	>186,3
X(17)	<162,8	162,8-166,6	166,6-171,6	171,6-181,6	181,6-186,0	186,0-188,5	>188,5
Д(16)	<151,6	151,6-155,2	155,2-158,0	158,0-166,8	166,8-170,2	170,2-173,8	>173,8
Д(17)	<152,2	152,2-155,8	155,8-158,6	158,6-169,2	169,2-170,4	170,4-174,2	>174,2
вага, кг							
X(16)	<44,0	44,0-48,3	48,3-54,0	54,0-69,6	69,6-76,5	76,5-84,7	>84,7
X(17)	<49,3	49,3-54,6	54,6-59,8	59,8-74,0	74,0-80,1	80,1-87,8	>87,8
Д(16)	<45,2	45,2-48,4	48,4-51,8	51,8-61,3	61,3-67,6	67,6-75,6	>75,6
Д(17)	<46,2	46,2-49,2	49,2-52,9	52,9-61,9	61,9-68,0	68,0-74,9	>76,0

Примітки: X(16) – хлопці, вікова категорія 16 + років; X(17) – хлопці, вікова категорія 17 + років; Д(16) – дівчата, вікова категорія 16 + років; Д(17) – дівчата, вікова категорія 17 + років;

В авторських дослідженнях фізичного розвитку брали участь школярі 16-17 років Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради. Методом рандомізованого розподілу визначено 44 школяра 16-17 років, які брали участь у морфометричних дослідженнях: 23 школяри – 16 років (11 хлопців, 12 дівчат) і 21 школяр – 17 років (9 хлопців, 12 дівчат). За показниками фізичного розвитку школярів, які брали участь у морфометричних вимірюваннях зафіксовано наступні показники:

- група школярів 16 років:

зріст:

хлопці (n =11): 1 – низький рівень (9,09 %); 2 – нижче середнього (18,18 %); 5 – середній (63,64 %); 2 – вище середнього (18,18 %); 1 – високий (9,09 %);

дівчата (n =12): 2 – нижче середнього (16,66 %); 4 – середній (33,32 %); 5 – вище середнього (41,69 %); 1 – високий (8,33 %);

вага:

хлопці (n =11): 1 – низький рівень (9,09 %); 3 – нижче середнього (27,28 %); 4 – середній (36,36 %); 2 – вище середнього (18,18 %); 1 – високий (9,09 %);

дівчата (n =12): 2 – нижче середнього (16,67 %); 4 – середній (33,33 %); 4 – вище середнього (33,33 %); 2 – високий (16,67 %);

- група школярів 17 років:

зріст:

хлопці (n =9): 2 – нижче середнього (22,22 %); 3 – середній (33,33 %); 3 – вище середнього (33,33 %); 1 – високий (11,12 %);

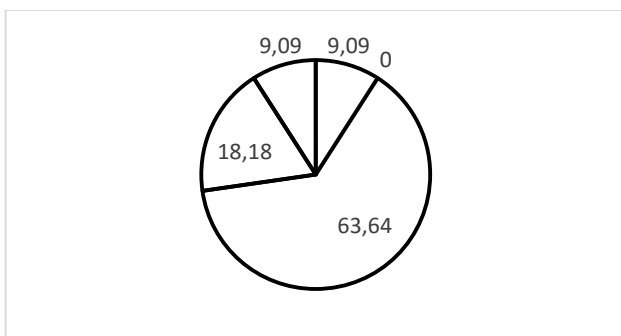
дівчата (n =12): 1 – низький рівень (8,33 %); 4 – нижче середнього (33,33 %); 4 – середній (33,33 %); 2 – вище середнього (16,68 %); 1 – високий (8,33 %);

вага:

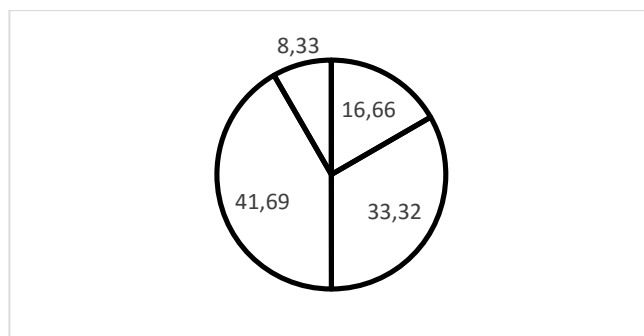
хлопці (n =9): 1 – нижче середнього (11,11 %); 4 – середній (44,45 %); 3 – вище середнього (33,33 %); 1 – високий (11,11 %);

дівчата (n =12): 1 – низький рівень (8,33 %); 4 – нижче середнього (33,33 %); 4 – середній (33,33 %); 2 – вище середнього (16,68 %); 1 – високий (8,33 %).

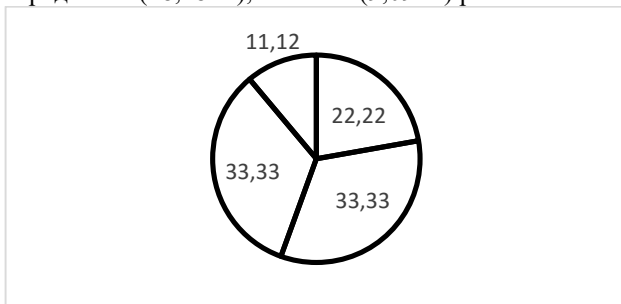
На рис. 3.2 графічно представлено морфометричні показники школярів 16-17 років у вигляді відсоткових значень.



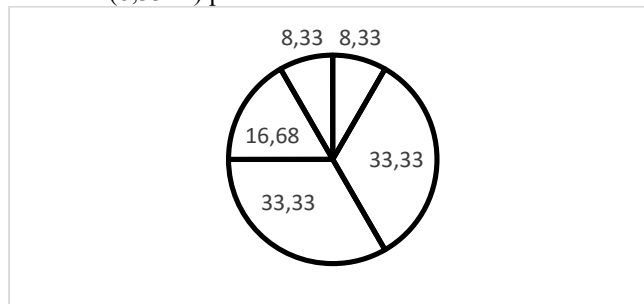
Примітка. Група Х(16), (n=11): низький (9,09 %); нижче середнього (18,18 %); середній (63,64 %); вище середнього (9,09 %); високий (9,09 %) рівні



Примітка. Група Д(16), (n=12): низький середнього (16,66 %); середній (33,32 %); вище середнього (41,69 %); високий (8,33 %) рівні



Примітка. Група Х(17), (n=9): нижче середнього (22,22 %); середній (33,33 %); вище середнього (33,33 %); високий (11,11 %) рівні

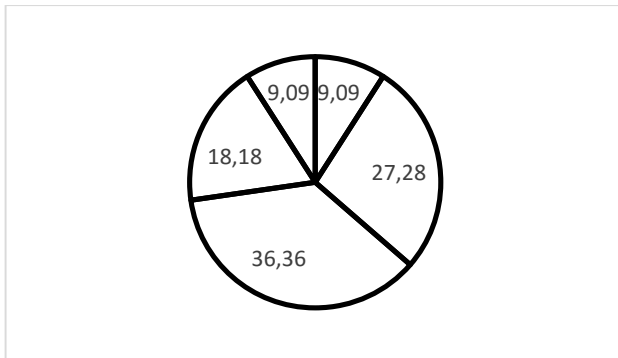


Примітка. Група Д(17), (n=12): низький рівень (8,33 %); нижче середнього (33,33 %); середній (33,33 %); вище середнього (16,68 %); високий (8,33 %) рівні

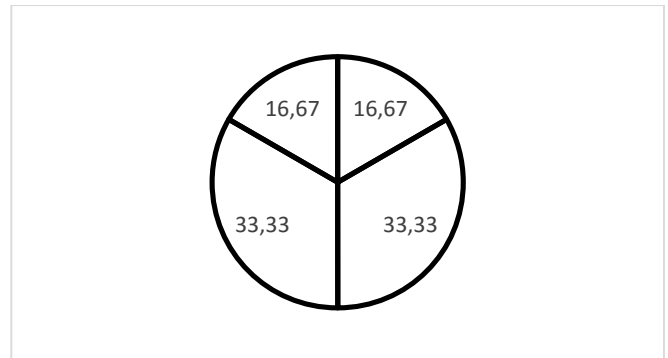
Рис 3.2 Морфометричні показники школярів 16-17 років Запорізької гімназії 77 Запорізької міської ради (зріст), n = 44

На рис. 3.3 продовжено виклад інформації стосовно морфометричних показників школярів 16-17 років (вага тіла).

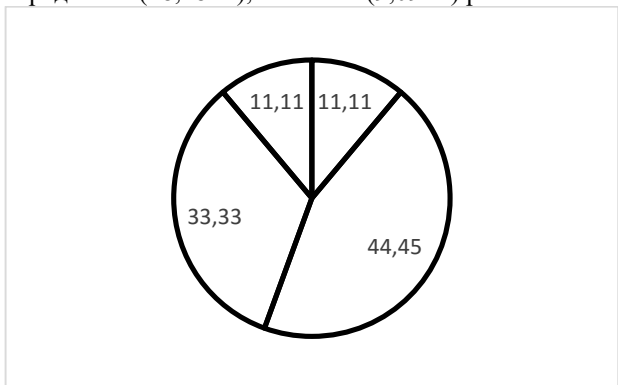
Для комплексної кількісно-якісної оцінки рівня фізичного здоров'я школярів 16-17 років використано методику відомого українського науковця – доктора медичних наук, професора Геннадія Леонідовича Апанасенка, яка дозволяє диференціювати розподіл школярів на п'ять рівнів фізичного здоров'я, а саме: низький, нижче за середній, середній, вище за середній і високий. Вибір методик дослідження обґрунтовано відповідними рекомендаціями науковців [59], які констатують можливості ефективного визначення рівня фізичного здоров'я із застосуванням зазначеної експрес-системи.



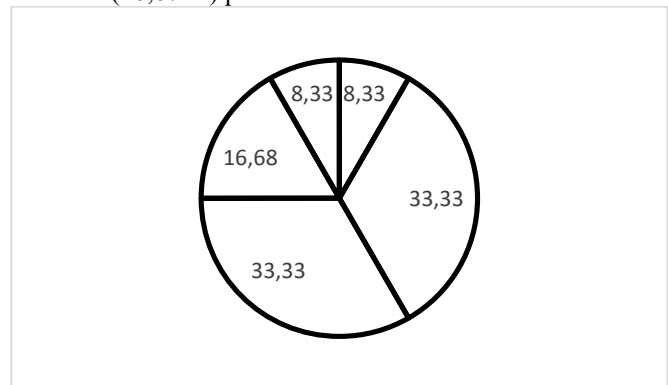
Примітка. Група Х(16), (n=11): низький (9,09 %); нижче середнього (27,28 %); середній (36,36 %); вище середнього (18,18 %); високий (9,09 %) рівні



Примітка. Група Д(16), (n=12): нижче середнього (16,67 %); середній (33,33 %); вище середнього (33,33 %); високий (16,67 %) рівні



Примітка. Група Х(17), (n=9): нижче середнього (11,11 %); середній (44,45 %); вище середнього (33,33 %); високий (11,11 %) рівні



Примітка. Група Д(17), (n=12): низький (8,33 %); нижче середнього (16,68 %); середній (33,33 %); вище середнього (33,33 %); високий (8,33 %) рівні

Рис 3.3 Морфометричні показники школярів 16-17 років Запорізької гімназії 77 Запорізької міської ради (вага), n = 44

З метою вивчення рівня захворюваності школярів використано метод інформаційного аналізу медичних карт. Захворюваність школярів 16-17 років проаналізовано за показниками кількості звернень за медичною допомогою, наявності (або відсутності) хронічних захворювань і медичних довідок про тимчасове звільнення від занять, за поточним станом здоров'я. Диференційовану оцінку захворюваності проведено за загальними показниками нозологічних форм захворюваності та, за кожним конкретним класом нозологічної форми захворювання згідно Міжнародної класифікації хвороб (у редакції 11-го перегляду), за нозологічною схемою, яка запропонована профільними експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я [62]. У дослідженні взяли участь 44 школяра 16-17 років Запорізької гімназії № 77 ЗМР.

Кількісні показники соматичного здоров'я школярів 16-17 років можуть бути

застосовані у системі наскрізного моніторингу фізичного стану та використовуватися у якості критеріїв ефективності процесу оздоровчого фізичного виховання, застосування лікувальної фізичної культури і формування здорового способу життя. Результати зазначених досліджень наведено у табл. 3.2 і 3.3.

Таблиця 3.2

Показники фізичного здоров'я школярів Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради 16-17 років, % (юнаки, n = 20)

Рівень	Вікова категорія, роки	
	16 років, n = 11	17 років, n = 9
високий	—	—
вище середнього	18,19 %	22,23 %
середній	36,36 %	33,33 %
нижче середнього	36,36 %	33,33 %
низький	9,09 %	11,11 %

Аналіз показників фізичного здоров'я школярів 16-17 років Запорізької гімназії № 77 ЗМР, який наведений у табл. 3.2, дозволяє констатувати наступне:

- найвищі значення зафіксовано за рівнями «середній» і «нижче середнього» у школярів 16 років (36,36 % і 36,36 %, відповідно);
- найвищі значення зафіксовано за рівнями «середній» і «нижче середнього» у школярів 17 років (33,33 % і 33,33 %, відповідно);
- високий рівень здоров'я у школярів 16-17 років не зафіксовано;
- наявна тенденція до зниження відсоткових значень показників фізичного здоров'я при відхиленні від «середнього» рівня.

Аналіз показників фізичного здоров'я школярок 16-17 років Запорізької гімназії № 77 ЗМР, який наведений у табл. 3.3, дозволяє констатувати наступне:

- найвищі показники зафіксовано за рівнями «середній» – у школярок 16 років – 50 %, у школярок 17 років – 58,34 %, відповідно;

- зафіксована тенденція до зниження показників фізичного здоров'я при відхиленні від «середнього» рівня у бік мінімальних і максимальних значень.

Таблиця 3.3

Показники фізичного здоров'я школярів Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради 16-17 років (дівчата, n = 24)

Рівень	Вікова категорія, роки	
	16 років, n = 12	17 років, n = 12
високий	8,33 %	8,33 %
вище середнього	16,67 %	8,33 %
середній	50,00 %	58,34 %
нижче середнього	16,67 %	16,67 %
низький	8,33 %	8,33 %

Крім узагальненої діагностики і визначення рівня фізичного здоров'я школярів 16-17 років, значущим є врахування якісної інтерпретації кожного показника, що дає можливість визначити найбільш уразливі органи і системи їх організму. Для оптимальної оцінки компонентів фізичного (соматичного) здоров'я школярів представлено характеристику складових компонентів і їх особливостей, визначено, які показники, у найбільшому ступені, детермінують рівень фізичного здоров'я школярів.

У табл. 3.4 наведено показники загальної захворюваності школярів 16-17 років Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради.

Таким чином, оцінка рівня фізичного (соматичного) здоров'я школярів 16-17 років Запорізької гімназії № 77 ЗМР дозволяє констатувати, переважно, незадовільний стан, який обумовлений захворюваністю різними нозологічними формами хвороб.

Таблиця 3.4

Показники загальної захворюваності школярів 16-17 років Запорізької гімназії № 77 Запорізької міської ради (n = 44)

Захворювання	МКХ – 11 (2022)	Вікова категорія, роки	
		16 років, n = 23	17 років, n = 21
органів травлення	KB8Z	17,39 %	19,05 %
органів дихання	JB64.5	21,74 %	19,05 %
сенсорних органів і неврологічних патологій	LA00 – LA0Z	17,39 %	19,05 %
серцево-судинної системи	EG00 – EG02	8,70 %	9,52 %
офтальмологічні захворювання	LA10 – LA1Z	13,04 %	14,28 %
травми опорно-рухового апарату	ME80 – MF1Y	21,74 %	19,05 %

У зв'язку з тривалими фізичними і розумовими навантаженнями школярів 16-17 років, їх організм є більш уразливим до дії несприятливих факторів, яка призводить до початку процесів дезадаптації та розвитку низки захворювань різних нозологічних форм. Зростання показників захворюваності школярів 16-17 років істотно знижує ефективність навчального процесу, а у майбутньому – формує обмеження стосовно майбутньої професійної діяльності та життєдіяльності, у цілому. У підсумку, наведений аналіз свідчить про визначення структури захворюваності школярів 16-17 років, достатньо високу розповсюдженість функціональних порушень і хронічних захворювань. Це обумовлює необхідність підвищення якості профілактичних медичних оглядів, доцільності здійснення оздоровчих, лікувальних і реабілітаційних заходів у середніх загальноосвітніх навчальних закладах. Зазначена вікова група школярів (16-17 років) характеризується достатньо високим рівнем захворюваності. У підсумку визначено, що особливостями патологічних змін у стані здоров'я школярів 16-17 років, у діапазоні останніх років є:

- варіації структури хронічної та мультисистемної патології – істотне збільшення відсотку хвороб органів травлення, органів чуття, серцево-судинних захворювань з незмінно високими показниками захворюваності гострими респіраторними вірусними інфекціями;

- істотне збільшення кількості школярів 16-17 років, які мають кілька

діагнозів (мультисистемні патології, в окремих випадках, патоморфозні явища), переважна більшість яких, формується на тлі значного перевантаження шкільних програм, що призводить до істотного виснаження систем організму, які лімітують прояви фізичної та розумової працездатності. Аналіз інформаційних матеріалів медичних карт школярів 16-17 років дозволив визначити пріоритетні класи захворювань (табл. 3.4).

Отже, за показниками звернень школярів 16 років до лікаря переважають хвороби органів дихання і травми (пошкодження) опорно-рухового апарату – по 21,74 %. Високими значеннями також характеризуються патології органів травлення, сенсорні та неврологічні патології – 17,39 %. Порушення у функціонуванні серцево-судинної системи діагностовано у виявлено у 8,70 %, офтальмологічні захворювання – у 13,04 % школярів 16 років.

Отже, за показниками звернень школярів 17 років за медичною допомогою домінують різні нозологічні форми захворювань органів травлення, органів дихання, сенсорних органів і неврологічних патологій та пошкодження опорно-рухового апарату – по 19,05 %. На інші патології припадає менший відсоток: офтальмологічні захворювання – 14,28 %, захворювання серцево-судинної системи – 9,52 %.

Максимальні значення тривалості захворювань школярів 16-17 років становить 22 і 24 доби на навчальний рік, відповідно. У зв'язку з високим рівнем захворюваності та переважно низьким рівнем здоров'я школярів виникає необхідність регулярного скринінгу показників фізичного (соматичного) здоров'я, що припускає також необхідність визначення чинників, які детермінують рівень їх впливу на формування патологій і передпатологічних (донозологічних і преморбідних) станів здоров'я. Крім цього, на формування оптимального рівня здоров'я школярів 16-17 років в освітньому процесі впливають різні чинники, які умовно, диференціюють за двома групами:

- перша – це об'єктивні чинники, які, безпосередньо, пов'язані з освітнім процесом (тривалість навчальних занять, рівень тижневого навчального навантаження, розклад навчальних занять, тривалість перерв);

- друга – це суб'єктивні чинники, зокрема, характеристики конкретного пацієнта – генетична схильність, режим і раціон харчування, рухова активність, організація дозвілля, наявність або відсутність шкідливих звичок, тощо).

В останні роки в середніх загальноосвітніх навчальних закладах і закладах вищої освіти України спостерігається істотна інтенсифікація освітнього процесу внаслідок чого, школярі змушені посилено займатися самотійною освітньою підготовкою. Насичена та інтенсивна освітня діяльність вимагає максимального напруження у функціонуванні нервової, серцево-судинної, сенсорної систем та інших систем організму, при цьому, варіації стану здоров'я функціонального характеру не ліквідуються руховою активністю школярів 16-17 років у режимі доби.

Проблемна ситуація, яка обумовлена наявністю дефіциту рухової активності та тенденція до поступового зниження рівня фізичного (соматичного) здоров'я школярів 16-17 років є актуальною та своєчасною проблемою галузі охорони здоров'я України. Стан фізичного (соматичного) здоров'я школярів 16-17 років, його залежність від рухової активності – значущий аспект у вирішенні проблемної ситуації стосовно формування та розвитку гіпокінезії та інших розповсюджених патологій в освітньому процесі у середніх загальноосвітніх навчальних закладах України.

У процесі проведення досліджень опитано 44 школяра 16-17 років Запорізької гімназії № 77 ЗМР стосовно визначення їх мотивації до фізкультурно-оздоровчих занять руховою активністю. За підсумками анкетного опитування основними видами діяльності школярів 16-17 років під час дозвілля є: комунікація та інші види проведення часу у мережі «Internet» (40,09 %), зустрічі, спілкування з іншими людьми (36,36 %), а, 23,55 % – займаються оздоровчою фізичною культурою і масовими видами спорту. У структурі занять оздоровчою фізичною культурою і масовими видами спорту домінують: аматорські заняття спортивними іграми (27,27 %), фітнес та аеробіка (25,00 %), «воркаут» і «паркур» (18,18 %), оздоровчі теренкури і піші прогулянки (15,92 %), велосипедні прогулянки (9,09 %); відвідування паркових (рекреаційних) зон, спортивних заходів, тощо (4,54 %).

ВИСНОВКИ

1. За даними аналізу та узагальнення даних наукової, методичної літератури і джерельної бази «Internet» констатуємо, що, внаслідок повномасштабного збройного конфлікту рф проти незалежної України істотно погіршується стан фізичного (соматичного) здоров'я населення: внаслідок широкомасштабної збройної агресії рф (станом на 24.02.2022 року) кількість внутрішньо переміщених осіб в Україні сягала близько 10 000 000 осіб. Звичайно, що у таких умовах, істотно знизилися показники якості життя та показники фізичного (соматичного) здоров'я школярів 16-17 років.

2. Результати досліджень дозволяють констатувати, що школярі 16-17 років мають достатньо високі рівні захворюваності та передпатологічних станів. У школярів 16-17 років переважають «низький» і «нижче за середній» рівні фізичного (соматичного) здоров'я. В узагальненій структурі захворюваності школярів 16-17 років переважають:

- за показниками звернень до лікаря у школярів 16 років переважають хвороби органів дихання і травми (пошкодження) опорно-рухового апарату – по 21,74 %;

- за показниками звернень за медичною допомогою у школярів 17 років домінують різні нозологічні форми захворювань органів травлення, органів дихання, сенсорних органів і неврологічних патологій та пошкодження опорно-рухового апарату – по 19,05 %.

Фахівці зазначають [35], що виправити зазначену проблемну ситуацію зі здоров'ям школярів 16-17 років можливо шляхом їх регулярного залучення до фізкультурно-оздоровчих і спортивно-масових занять. Школярі 16-17 років, в освітньому процесі, потребують наскрізного моніторингу показників фізичного (соматичного) здоров'я, що є одним із основних компонентів системи управління охороною здоров'я населення. На підставі вищезазначеного, вчителі фізичної культури загальноосвітніх навчальних закладів повинні формувати раціональну, індивідуально-дозовану систему фізичних навантажень на уроках і в процесі

проведення факультативних заходів, а оздоровчо-тренувальний руховий режим повинен сприяти оптимальному фізичному розвитку організму школярів 16-17 років та раціональній організації освітнього процесу, що нівелюватиме негативний вплив на здоров'я учнів різних чинників.

3. Перспективи подальших досліджень полягають у розробці комплексних програм фізкультурно-оздоровчих занять у поєднанні з наскрізним моніторингом стану фізичного (соматичного) здоров'я школярів, використанням засобів лікувальної фізичної культури і фізкультурно-спортивної реабілітації для формування системи охорони здоров'я школярів у середніх загальноосвітніх закладах (школах, ліцеях, колегіумах, тощо).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Оздоровча фізична культура – один з важливих складових компонентів загальної культури, яка спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних, морально-вольових та інтелектуальних здібностей людини з метою гармонійного формування особистості.

Фізична культура – це також одна з провідних навчальних дисциплін у середніх загальноосвітніх закладах. Вона є самостійною сферою діяльності людини і викладається у середніх загальноосвітніх навчальних закладах як окремий навчальний предмет, який сприяє розв'язанню проблеми пошуку нових шляхів удосконалення фізичного здоров'я молоді. Відповідно до навчальної програми, основною формою організації навчально – виховного процесу з фізичної культури у середніх загальноосвітніх навчальних закладах є урок. Завдання вчителя – забезпечити виконання головних вимог до сучасного уроку, а саме:

- забезпечення диференційованого підходу до школярів з урахуванням стану їх здоров'я, рівня фізичного розвитку, рухової підготовленості та статі;
- забезпечення оптимізації уроків з фізичної культури із застосуванням елементів інноваційних методів навчання;
- забезпечення освітньої, виховної, оздоровчої та інструктивної спрямованості уроків з фізичної культури;
- формування знань, практичних умінь і навичок самостійно займатися фізичними вправами з оздоровчою метою.

Зміст навчальної програми з фізичної культури передбачає, що школярі систематично займаються на уроках, вдома, у гуртках і спортивних секціях, оволодівають життєво важливими навичками, а саме: ходьбою, бігом, метанням, іншими – це вже безпосередній зв'язок з охороною здоров'я людини.

Імплементація у навчальний процес з фізичної культури оновлених форм і методів навчання, паралельне використання традиційних освітніх та альтернативних програм, збільшення інформаційної насиченості призводять до істотного збільшення навантаження на організм школярів, розвиток переважно і

формуванню первинних передпатологічних станів.

Дефіцит рухової активності школярів, недостатній рівень розвитку моторних здібностей негативно позначаються на їх фізичному стані. Низький рівень рухової активності школярів погіршує функціональні можливості організму школярів, внаслідок чого виникають стани дезадаптації – неадекватна реакція на фізичне навантаження, сповільнення показників фізичного розвитку.

Лікарі середніх загальноосвітніх навчальних закладів вважають фізичні вправи найкращим засобом боротьби з депресією, зняття надмірного збудження та пом'якшення м'язів. Фізичні, терапевтичні та лікувальні вправи допомагають зміцнювати стан здоров'я школярів.

У сучасних умовах у навчальний процес з фізичної культури середніх загальноосвітніх навчальних закладів необхідно впроваджувати сучасні ефективні методи організації навчання школярів, підвищувати емоційність викладання шляхом використання музичного супроводу, ігрових та змагальних елементів, мультимедійних засобів навчання. Цікавими для школярів є завдання, що вимагають постійного напруження. Легкі завдання не викликають значної зацікавленості.

З метою розвитку фізичних здібностей школярів на уроках з фізичної культури рекомендовано використовувати елементи колового тренування. Застосування цього методу протягом останніх років дозволяє визначити низку позитивних чинників: її універсальність та ефективність для різних видів фізичних вправ; залучення максимальної кількості школярів; підвищення динаміки і моторної щільності занять; зниження стомлюваності школярів за рахунок перемикання з одного виду вправ на інший; комплексне використання різних методів навчання.

Для наскрізного моніторингу результативності уроків фізичної культури рекомендовано, двічі на рік проводити контрольне тестування згідно нормативних програмних критеріїв, які відображають різнобічність підготовленості школярів. Іншими критеріями характеристики рівня фізичної підготовленості є особисті досягнення школярів, які засновані на порівнянні з попередніми результатами, що

дає можливість навіть слабким у фізичному плані, але старанним і працьовитим школярам оцінити власні успіхи і отримати стимули до подальшого самовдосконалення.

З огляду на загрозливі тенденції стосовно тривожного стану здоров'я сучасних школярів рекомендовано у процесі уроків з фізичної культури систематично контролювати частоту серцевих скорочень і дихальних актів у школярів

У процесі реалізації оздоровчих, навчальних і виховних завдань на уроках з фізичної культури рекомендовано застосовувати диференційовані домашні завдання, з урахуванням поточного фізичного стану школярів, а саме:

- закріплення вивчених на уроках теоретичних відомостей;
- практичні завдання (вправи з бігу, ходьби, метання, стрибків, лазіння, рівноваги і розвитку фізичних здібностей);
- змішані завдання (повторення стройових, загальнорозвивальних, танцювальних, підготовчих та імітаційних вправ).

У старших класах певні труднощі викликає необхідність врахування специфіки фізичного розвитку дівчат. Спеціально для них, у структурі уроків з фізичної культури, рекомендовано вправи, що сприяють зміцненню м'язів живота.

Дані медичної статистики свідчать, за даними медичних оглядів, значна кількість школярів має знижений рівень здоров'я. Зберігається тенденція – з кожним роком збільшується кількість школярів, яким лікарями рекомендовані заняття з фізичної культури у спеціальній медичній або підготовчій групах, дітей – інвалідів і звільнених від занять фізичною культурою за станом здоров'я. Для зазначених категорій рекомендовано, як засіб фізичної реабілітації, модифіковані відновлювально – профілактичні фізичні вправи. Особливо хороший результат, зазначені фактори мають у поєднанні з природними чинниками: повітрям, сонцем, водою, тощо.

Класифікація варіантів надання домедичної допомоги:

- домедична допомога в разі раптової зупинки серця та серцевого нападу;
- домедична допомога в разі інсульту;

- домедична допомога в разі порушення прохідності дихальних шляхів – обструкції стороннім тілом;
- домедична допомога у разі травматичних ушкоджень;
- домедична допомога при дорожньо-транспортних пригодах;
- домедична допомога при ураженнях електричним струмом або блискавкою;
- домедична допомога в разі підозри на гостре отруєння;
- домедична допомога в разі укусів тварин та комах;
- домедична допомога в разі термічних уражень;
- домедична допомога постраждалим унаслідок переохолодження або відмороження;
- домедична допомога в разі утоплення;
- домедична допомога в разі судом (епілепсії);
- домедична допомога в разі передозування наркотичними речовинами;
- домедична допомога під час екстрених пологів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрійчук О.Я. Основи практичної діяльності у фізичній терапії та ерготерапії [навчально-методичний посібник] / Ольга Ярославівна Андрійчук. Луцьк: ПП «Волинська друкарня», 2022. 264 с.
2. Берлінець І.А. (2019). Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*; 4: 100.
3. Боброва О.В., Міхановська Н.Г., Цукор Н.Г. (2023). Вплив воєнної агресії з боку Росії на психічне здоров'я дітей та підлітків України. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*; 1-2: 60-64.
4. Бочелюк В., Панов М., Жадленко І. (2022) Особливості психологічної реабілітації дітей та підлітків з депресивними порушеннями. *Наукові перспективи*; 12 (30): 409-423.
5. Варивода Ю. (2024). Соціальна реабілітація дітей та молоді з ООП засобами музейної педагогіки. *Соціальна робота та соціальна освіта*; 1 (12): 74-80.
6. Даниленко Г.М., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В. (2020). Вплив компонентів режиму дня на суб'єктивну та об'єктивну оцінку здоров'я учнями середнього шкільного віку. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*; 1 (29): 73.
7. Даниленко Г.М., Страшок Л.А., Завеля Е.М., Ісакова М.Ю., Беляєва О.Е. (2022). Медико-соціальні аспекти стану здоров'я підлітків-внутрішньо переміщених осіб. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*; 2: 8-12.
8. Даниленко Г.М., Страшок Л.А., Сидоренко Т.П., Ісакова М.Ю., Завеля Е.М., Водолажський М.Л. (2023). Гігієнічна оцінка умов навчання внутрішньо переміщених та місцевих дітей шкільного віку та підлітків на початку війни. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*; 1-2: 96-100.
9. Дворник М. (2023). Промоція здорового способу життя особистості в умовах війни: концептуальні засади дослідження. *Проблеми політичної психології*; 13(27): 57-64.
10. Домедична допомога в екстремальних ситуаціях та медичний захист населення

в надзвичайних ситуаціях: [навчальний посібник для підготовки фахівців першого (освітньо-професійного) рівня, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія» (1 курс) (за загальною редакцією Волянського П.Б. та Гринзовського А.М.)] / Гринзовський А.М., Волянський П.Б., Калашченко С.І. та ін.]. Київ: ІДУЦЗ, 2018. 216 с.

11. Домедична допомога (Долікарська медична допомога): [методичні вказівки до практичних занять для здобувачів вищої освіти спеціальності 227 – Фізична терапія, ерготерапія (освітній ступінь бакалавр)] / Укл.: В.І. Титаренко. Чернігів: НУ «Чернігівська політехніка», 2022. 16 с.

12. Домедична допомога на місці події: [практичний посібник] / П. Б. Волянський, А.М. Гринзовський, С.О. Гур'єв та ін.; за заг. ред. д. н. держ. упр., професора П.Б. Волянського та д. мед. н., професора С.О. Гур'єва. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 224 с.

13. Кияновський А., Гуренок Г. (2024). Система психологічної та педагогічної реабілітації дітей у прифронтових громадах (за досвідом роботи КЗ «НВК «Школа гуманітарної праці» Херсонської обласної ради). *Український педагогічний журнал*; 1: 168-175.

14. Конох А.П., Притула О.Л. (2021). Теоретичні засади системи здоров'язбереження школярів загальноосвітніх шкіл на основі козацького здорового способу життя. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*; 1: 58-61.

15. Коцур Н., Товкун Л., Гомонай І.В. (2024). Оцінка ефективності фізичної реабілітації при порушеннях постави в учнів підліткового віку. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*, (1(173)), 77-82.

16. Логвінов Д.І. Актуальні питання стану фактичного харчування школярів середнього та старшого шкільного віку // Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки: [матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 8 квітня 2021 р.)] / ред. кол.: В.А. Капустник, В.Д. Марковський, В.В. М'ясоєдов та ін. Харків: ХНМУ, 2021. С. 119.

17. Лучко О.Р., Довженко С.С. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі

технології: [конспект лекції]. Харків: УкрДУЗТ, 2020. 56 с.

18. Малачинська М.Й. (2023). Управлінські рішення щодо промоції підтримки охорони здоров'я матерів та дітей. *Ефективність державного управління*; 3 (76/77): 28-32.

19. Марченко О., Бричук М., Симоненко Н., Колінько І. (2024). Вплив спеціальної фізичної підготовки на рівень розвитку рухових якостей юнаків – учнів ліцею з військово-професійною спрямованістю навчання. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*; 2: 122-127.

20. Меркулова Т.В. Здоров'я дітей як маркер змін в організації охорони здоров'я школярів / Т.В. Меркулова, Т.В. Пересипкіна // Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: [матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931-2017), видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету, Харків, 27 жовтня 2021 р.] / ред. кол.: В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнєв, К.М. Сокол [та ін.]. Харків, 2021. С. 109-111.

21. Мікєладзе І.О., Сальникова В.В. (2021). Новітні методи реабілітації дітей з ураженням центральної нервової системи та опорно-рухового апарату. Досвід роботи КНП «Міська дитяча лікарня №5» Харківської міської ради. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*; 6(2): 19-23.

22. Моркляник О., Паляниця Х. (2023). Модель функціональної організації багатофункційного реабілітаційного центру для військовослужбовців. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: «Архітектура»*; 5 (2): 130-140.

23. Ніколаєнко В. (2018). Охорона здоров'я дітей та підлітків в Україні – проблеми, досягнення, перспективи. *Український медичний часопис*; 5(2): 4-11.

24. Носко М.О., Носко Ю.М., Лазаренко М.Г., Жула В.П., Могильний Ф.В., Філоненко О.А. Руховий розвиток школярів різних вікових груп: [наукове видання] / за наук. ред. М.О. Носка. Чернігів, 2020. 408 с.

25. Прохоренко Л.І., Бабяк О.О., Баташева Н.І., Душка А.Л., Недозим І.В.,

Омельченко І.М., Орлов О.В. Навчання дітей з порушеннями когнітивного розвитку в умовах компетентнісного підходу: [навчально-методичний посібник] / за ред. В.В. Засенко, Л.І. Прохоренко. 2020. 435 с.

26. Сайко Н.О. Соціальна реабілітація в структурі соціально-педагогічної діяльності / Духовність особистості: методологія. Теорія і практика: [збірник наукових праць]. 1 (88) – Сєверодонецьк: вид-во СНУ імені В. Даля. 2019. С. 152-163.

27. Семененко В., Теліус В. (2024). Підходи до організації процесу фізичного виховання у закладах загальної середньої освіти в умовах воєнного стану. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*; 2: 148-153.

28. Сергета І.В., Тимощук О.В. Показники якості життя учнівської та студентської молоді та їх прогностична значущість. [Матеріали наук. – практ. конф. Довкілля і здоров'я; 2019 квітень 25-26; Тернопіль]. Тернопіль: Укрмедкнига; 2019. С. 96-97.

29. Сітовський А.М. Фізична терапія при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: [навчальний посібник] / А.М. Сітовський. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. 183 с.

30. Смолова К.А., Рибалко А.В. (2021). Фізична реабілітація при порушеннях постави. Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених «Родзинка – 2021»: [XVIII Всеукраїнська наукова конференція молодих учених] / редкол. : О. В. Черевко (голова) [та ін.]. С. 521-523.

31. Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Даниленко Г.М., Пономарьова Л.І. (2021). Порівняльний аналіз стану здоров'я учнів середнього шкільного віку при навчанні за різними освітніми програмами. *Актуальні проблеми сучасної медицини*; 8: 136-144.

32. Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Зінчук О.Г., Михальчук О.Я. (2021). Сучасні підходи до оцінки фізичного розвитку дітей та підлітків. *Клінічна педіатрія*; 16 (1): 33-39.

33. Сорокман Т.В., Бачу М.І., Гінгуляк М.Г. (2021). Стан здоров'я дітей і формування здоров'язбережувальної компетентності у школярів, які мешкають у йододефіцитних регіонах. *Клінічна педіатрія*; 16 (1): 8-12.

34. Стратій Н.В., Ленська О.В., Шутєєв В.В. Особливості дистанційного навчання з дисципліни «фізичного виховання та здоров'я» в системі вищої медичної освіти // Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки: [матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 8 квітня 2021 р.)] / ред. кол.: В.А. Капустник, В.Д. Марковський, В.В. М'ясоєдов та ін. Харків: ХНМУ, 2021. С. 181-182.
35. Сущенко Л.П., Демчук М.О., Філатова З.І. (2024). Фізкультурно-спортивна реабілітація підлітків з порушеннями слуху у реабілітаційному центрі. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*, (ЗК(176)), 473-476.
36. Трубачева С., Мушка О., Замаскіна П. (2023). Особливості проектування освітнього середовища в умовах цифровізації суспільства під час воєнного стану в Україні. *Український педагогічний журнал*; 4: 46-52.
37. Фізична реабілітація, спортивна медицина: [конспект лекцій] / укладач Н.В. Петренко. Суми: Сумський державний університет, 2022. 134 с.
38. Фуштей О., Саранча І. (2023). Особливості психологічної реабілітації дітей, які пережили травматичний досвід воєнних дій. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*; (1(57)): 41-45.
39. Черненко Т., Цимбалюк А. (2020). Арт-терапія у психолого-педагогічній реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки» (Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя)*; 3: 105-110.
40. Чурпій І.К., Фіщич М.В. (2019). Фізична реабілітація при гіперактивності у дітей різного віку; *Art of Medicine*; 3 (№1 (9)): 168-172.
41. Шевченко В.М. (2021). Реабілітація дітей з порушеннями слуху в Україні на сучасному етапі. *Вісник НАПН України*; 3(2): 1-6.
42. Шеїна М.В., Нестерчук Н.Є. (2021). Сучасні методи фізичної реабілітації дітей із плоскостопістю. *Rehabilitation and Recreation*; (8), 58-69.
43. Школьник М.Б., Михальчук В.М. (2022). Реабілітація дітей з інвалідністю: медико-соціальна характеристика сім'ї. *Вісник соціальної гігієни та організації*

охорони здоров'я України; 2 (92): 10-15.

44. Шумна Т.Є., Недельська С.М., Михалюк Є.Л., Малахова С.М., Дорошенко Е.Ю., Черненко О.Є., Шишкін М.А., Шаповалова І.В. (2020). Основні аспекти фізичної терапії дітей із бронхіальною астмою. *Запорізький медичний журнал*; 22 (2): 206-214.

45. Alexander K.E., Clutterbuck G.L., Johnston L.M. (2024). Effectiveness of School-Based Physiotherapy Intervention for Children. *Disability and Rehabilitation*; 1-21/

46. Carter B., Young S., Ford K., Campbell S. (2024). The Concept of Child-Centred Care in Healthcare: a Scoping Review. *Pediatric Reports*; 16(1): 114-134.

47. Dabybida, N., Popovych, D., & Korin, M. (2024). Physical Education as One of the Basis of Forming a Culture of Health in Rural Schoolchildren. Elements of Rehabilitation. *European Science*; 2 (sge29-02): 155-162.

48. Draudvilienė L., Draudvila J., Stankevičiūtė S., Daniusevičiūtė-Brazaitė L. (2024). Two Physiotherapy Methods to Improve the Physical Condition of Children with Autism Spectrum Disorder. *Children*; 11(7): 798.

49. Polevoy G. (2024). Methods of Physical Rehabilitation of Schoolchildren Aged 15-17 with Cervical Osteochondrosis. *Retos*; 58: 282-290.

50. Stein, R.E.K. (2024). Defining Child Health in the 21st Century. *Pediatric Research*; 96: 1438-1444.

51. Tymchyk O. (2019). Physical Rehabilitation of School-Age Children with Myopia of I-III Degree. *Sports Science and Human Health*; 1(2): 107-119.

52. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження»: [електронний ресурс]. – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text

53. Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України: [офіційний сайт]. – <http://iozdp.org.ua/>

54. Міністерство освіти і науки України: [офіційний сайт] від 28 липня, 2022 року. Безпека під час навчання: [рекомендації щодо організації укриття]. – <https://mon.gov.ua/ua/news/bezpeka-pid-chas-navchannya-rekomendaciyi-shodo-organizaciyi-ukrittya>

55. Міністерство охорони здоров'я України: [офіційний сайт]. – <https://moz.gov.ua/>
56. Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів закладів загальної середньої освіти: [Постанова Кабінету Міністрів України] від 20 січня 2021 р. № 31. – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2021-%D0%BF#Text>
57. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: [Закон України] від 03.12.2020 року № 1053-IX. – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
58. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення»: [Постанова Верховної Ради України] від 13.01.2015 року № 96-VIII. – https://ips.ligazakon.net/document/view/t150096?ed=2015_01_13
59. Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів: [наказ Міністерства охорони здоров'я України] від 16.08.2010 № 682, який зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 10 вересня 2010 року за № 794/18089 (зі змінами). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0794-10#Text>
60. Санітарний регламент для закладів загальної середньої освіти, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 2205 від 25.09.2020 року, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 10.11.2020 року, № 1111/35394 – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1111-20#Text>
61. Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю: «Перелік реабілітаційних установ, закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю станом на 06.02.2025 року: [офіційний сайт]. – <https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya-ditej/perelik-reabilitacijnih-ustanov>
62. World Health Organization: [official website]. – <https://www.who.int/>
63. United Nations Children's Fund: [official website]. – <https://www.unicef.org/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік публікацій

1. Попов А. Домедична допомога та фізична реабілітація учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Актуальні питання медицини і фармації – 2025. [*Тези доповідей 85 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, 24-25 травня 2025 року*]. – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. – С.

http:

