

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Бондарь Світлана Олександрівна

УДК 614.8:616-053.5-001.001.8

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ
МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ У ШКОЛЯРІВ**

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії
в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина
(спеціалізація «Соціальна медицина»)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів має посилання на відповідне джерело



С.О. Бондарь

Науковий керівник:

Михальчук В.М., доктор медичних наук, професор

Київ – 2020

АНОТАЦІЯ

Бондарь С.О. – Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (спеціалізація «Соціальна медицина») – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ, 2020.

На сучасному етапі, у період демографічної кризи і становлення майбутнього розвитку країни, необхідність покращення стану здоров'я дитячого населення є пріоритетним напрямом державної політики. Виявлення негативних тенденцій вимагає нагального і всебічного вивчення причин погіршення стану здоров'я дітей, дослідження шляхів впливу на ситуацію. При вирішенні цього завдання та з метою досягнення позитивних змін у майбутньому першочергової уваги потребують патологічні стани, які займають провідні місця в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності дітей, вплив яких можна було б мінімізувати. До такої категорії належить дитячий травматизм, а серед його видів – шкільний, що в загальній структурі травм займає третє місце після побутового та вуличного і все частіше викликає занепокоєння в суспільстві за темпами поширення. Як позитив слід відмітити, що зазначена проблема знайшла своє відображення в цілому ряді правових документів різних відомств та інформаційних ресурсів, а з іншого боку - на сьогодні, на жаль, доводиться констатувати факт відсутності науково-дослідних робіт із профілактики шкільного травматизму з позиції системного підходу, чого якраз і вимагає багатоаспектність і міждисциплінарність питання.

Виходячи з цього, було визначено мету цієї роботи, суть якої полягає в обґрунтуванні, розробці та впровадженні удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів.

Складена програма дослідження має шість організаційних етапів роботи, узгоджених із її завданнями. Для глибокого вивчення та прийняття об'єктивних

управлінських рішень в умовах процесів децентралізації адміністративного устрою країни доцільним стало питання створення удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні. Для цього було обрано Кіровоградську область з її типовою для третини України чисельністю населення та часткою в ній дітей різних вікових категорій, а також інфраструктурою, наближеною до більшості областей. Системність підходу до вирішення актуального питання обумовило вибір баз дослідження, одиниць спостереження та методичного інструментарію. Для всебічного представлення учнівської молоді вважали за доцільне врахувати не тільки їх вікові категорії, а й місце проживання. Виходячи з цього, було обрано чотири навчальних заклади міського, сільського та обласного типів. Окремо до їх складу було включено і медичний коледж, оскільки студенти перших курсів за віком співвідносяться зі старшокласниками. Результати соціологічного опитування студентів дали можливість для порівняльного аналізу відповідей школярів та їх однолітків – майбутніх медиків, які вже обрали своєю професією медицину з її профілактичною складовою. З точки зору системності, до наукової роботи були залучені батьки учнів та вчителі як найближче оточення, найбільш дотичне до створення моделі профілактики травматизму у школярів. В результаті дослідження було охоплено 1395 респондентів. Їх, відповідно до етапів дослідження, розподілили на дві групи. До концептуального етапу було залучено 1082 особи, з яких 686 склали учні 1-4 класів – 206 осіб, 5-9 – 185 осіб, 10-11 – 145, студентів коледжу - 150, а також 188 батьків та 208 вчителів. На результативному етапі, при проведенні організаційного експерименту щодо визначення дієздатності елементів моделі, вивченню підлягало 313 осіб, з них 213 учнів (у т. ч. 1-4 класів – 47, 5-9 – 54, 10-11 – 54, студентів – 58), а також по 50 осіб батьків та вчителів. Необхідно зазначити, що до групи експертів, які оцінювали вагомість та ефективність запропонованих нововведень за 16-ма параметрами, увійшло 62 фахівці серед яких, окрім спеціалістів із соціальної медицини, були залучені освітяни, управлінці, поліцейські та інші фахівці, об'єднані спільною метою в аспекті дослідження.

Кожен з етапів при вирішенні мав свої особливості методичного підходу. Після дослідження стану проблеми та розробки програми на третьому етапі, присвяченому особливостям динаміки шкільного травматизму в порівняльному аспекті в Україні та регіоні, вивчалися дані офіційної статистики (ф.ф. №12, №50-здоров за 1999-2016 рр. з виділенням трьох 5-річних періодів та окремо 2014-2016 рр.). Соціологічне дослідження з використанням анкетування було застосовано на трьох інших етапах роботи. Визначення рівня та умов забезпечення мотиваційної, особистісної, пізнавальної та практичної готовності учнів, їх вчителів та батьків до профілактики шкільного травматизму проводилося за спеціально розробленими анкетами з урахуванням особливостей контингенту. Для вивчення психоемоційного стану залучалися загальновідомі методики: О.Кондаша «Шкала соціально-психологічної тривожності», тест-опитувальник А.Зверькова, Є.Сїдмана «Дослідження вольової саморегуляції» і «Шкала особистісної тривожності» Ч.Спілбергера - Ю.Ханіна. Вони достатньо апробовані і знайшли широке використання в клінічній медицині. Крім того, було застосовано описове моделювання, організаційний експеримент та експертну оцінку. Під час опрацювання результатів використано відомі класичні методи частотної та варіаційної статистики з обчисленням стандартних похибок для відносних і середніх величин, методи аналізу динамічних рядів та перевірки нульової гіпотези у вибіркових дослідженнях за допомогою критерію χ^2 для відносних і t-тесту Ст'юдента для середніх величин.

У результаті було встановлено, що питома вага «Травм, отруєнь та інших наслідків впливу зовнішніх причин» у структурі первинної захворюваності дітей віком 0-14 років стабільно становить 3,6%. У підлітків 15-17 років, на тлі демографічного зменшення їх чисельності із роками, даний показник є вищим – 5,6%. Зростання дитячого травматизму в Україні, з переважаючими темпами у Кіровоградській області, зумовило вищі, ніж середньоукраїнські рівні (482,1 і 690,2 у віці 0-14 та 15-17 років проти 473,2 і 659,5 на 10 тис. відповідно). Зростання шкільного травматизму також інтенсивніше відбувалося в області (за 2014-2016 рр. на 5,0% проти 0,8% в Україні) на тлі нижчих рівнів захворюваності (33,3 проти 44,0

на 10 тис. населення). Виявлено, що структура локалізації травм при шкільному травматизмі в Україні та Кіровоградській області за даними офіційної статистичної звітності ідентична. Встановлено, що послідовно рангові місця займали наступні види травм: рани, поверхневі пошкодження та ушкодження судин (49,1%); переломи кісток верхніх кінцівок (24,3%); вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба та прилеглих м'язів (15,1%); переломи кісток нижніх кінцівок (6,0%); внутрішньочерепні (3,1%) та інші травми (2,4%). За даними соціологічного дослідження виявлено, що 27,8% учнів мали досвід шкільних травм, причому в 22,5% з них – неодноразово. Поширеність травм серед учнів 5-9 класів складає $37,3 \pm 3,5\%$, серед старшокласників – $26,2 \pm 3,5\%$, студентів коледжу – $24,7 \pm 3,5\%$ та школярів 1-4 класів – $22,8 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$). У їх структурі переважали забої ($44,8 \pm 3,1\%$), вивихи ($25,8 \pm 2,7\%$), зламані кінцівки ($14,5 \pm 2,2\%$), порізи ($11,3 \pm 2,0\%$), опіки ($2,4 \pm 0,9\%$) та інше ($1,2 \pm 0,5\%$). Серед молодших школярів травми були менш складні, а за частотою випадків виділялись учні, які навчалися в сільській школі. Для учнів 1-4 класів найбільш небезпечним місцем щодо отримання травм виявились їдальня та шкільне подвір'я, для решти – подвір'я та спортивна зала. Підвищена конфліктність у спілкуванні з однолітками, незалежно від територіального розташування навчального закладу, була притаманна учням 5-9 класів.

На четвертому етапі з метою визначення особливостей потенційної схильності до безпечної поведінки учнівської молоді, батьків та вчителів вивчався їх психоемоційний профіль. У результаті були виявлені наступні особливості видів та рівнів тривожності серед учнів: загальна – у половини старшокласників проявилася надмірним спокоєм; шкільна – у кожного четвертого ($22,6-26,0\%$) була підвищеною не залежно від віку; самооцінювальна – у половини ($52,4\%$) старшокласників вирізнялася надмірним спокоєм; міжособистісна – у кожного четвертого учня 1-4 класів була вищою від норми і в такої ж кількості школярів 5-9 та 10-11 класів проявилася надмірним спокоєм. У половини дітей початкових, третини ($31,1\%$) середніх і старших ($39,5\%$) класів спостерігався недостатній рівень вольової саморегуляції у вигляді напруження, схильності до спонтанної поведінки у складних

ситуаціях; у половини (47,8-50,7%) – відсутня наполегливість до реалізації власних намірів на тлі низького та середнього рівнів самовладання. Виявлені статево-вікові особливості психоемоційного стану дозволили визначити контингент школярів групи ризику, які потребують підвищеної уваги з наступним пошуком причин та їх усуненням за рахунок коригування профілактичної роботи.

Встановлено, що половині (50,5%) учителів, які брали участь у дослідженні, властивий високий рівень особистісної тривожності. Респонденти розуміють необхідність і здатні опанувати власну поведінку, оскільки мають високий (71,8%) та середній (27,2%) рівні загальної саморегуляції і притаманне їм самовладання з середнім (34,4%), достатнім (42,6%) та високим (20,0%) рівнями. Прагнення і готовність до сприйняття новаторства та дотримання соціальних норм зумовлено середнім (45,1%), достатнім (34,0%) та високим (14,1%) рівнями наполегливості.

Серед батьків (67,3%) переважають низький і середній рівні особистісної тривожності, що свідчить про притаманну їм оптимальну природну реакцію на неблагополуччя. Водночас висока тривожність у кожного третього (32,7%) піддається контролю, оскільки в переважній більшості вони мають середній (25,9%), достатній (47,1%) та високий (20,7%) рівні самовладання і наполегливості (38,5%; 41,4%; 13,8% відповідно)

На п'ятому етапі були визначені передумови розширення спектра профілактики шкільного травматизму. Виявлено, що у 19,8% учнів 5-11 класів відсутня зацікавленість до правил безпеки, 31,7% – не готові брати участь у заходах запобігання травматизму. Основними джерелами отримання відповідної інформації для кожного третього учня (31,4 - 36,6%) є вчителі та батьки; кожного п'ятого (17,4%) – ЗМІ разом з Інтернетом, лише для 14,0% респондентів - медичні працівники. Кожен четвертий (23,4%) вчитель черпає інформацію від медичних фахівців, а кожен п'ятий (19,6% - 21,8%) - з ресурсів Інтернету та колег. Третина (33,8%) батьків поінформовані із ЗМІ, кожен п'ятий - від учителів та медичних працівників, а 16,8% респондентів – від інших батьків. З опитаних батьків 9,0% не змогли надати будь-яку відповідь. Це дає підстави вважати, що вони взагалі не переймаються питаннями профілактики травматизму власних дітей. Усі

респонденти бажають мати 1-2 джерела інформації, перевагу віддають спеціальним тренінгам з теоретичною підготовкою. Виявлено невідповідність між достатньо вираженим усвідомленням необхідності та готовністю до формування безпечної поведінки за рахунок низької пізнавальної і практичної складових. Встановлено, що 94% вчителів визнають потребу в модернізації процесу формування в школярів безпечної поведінки як складової культури здоров'я, а 87,5% із загальної кількості опитаних – висловили бажання та готовність щодо впровадження заходів профілактичного спрямування, хоча 43,4% потребують оновлення теоретичних і практичних знань, відповідного наукового наочно-методичного супроводу; до 40% – визнали необхідність ефективнішого використання змісту навчального матеріалу, оновлення його сучасними інноваційними технологіями. Переважна більшість вчителів вбачають потребу поліпшення ефективності донесення знань з профілактики травматизму через застосування міждисциплінарного підходу з активним залученням психологів (57,2%), поліцейських (40,0%), студентів медичних коледжів (49,5%) або учнів старших класів (14,4%).

Виявлено, що батьки усвідомлюють відповідальність за здоров'я власних дітей і готові брати безпосередню участь у формуванні в них безпечної поведінки, проте у 21,2% випадків зовсім чи частково не виявляють бажання до цілеспрямованих дій, активності, самодисципліни; 20,5% - засвідчили потребу в отриманні загальноосвітніх знань та їх практичного застосування.

Визначено рівень готовності батьків та вчителів до формування у дітей культури здоров'я, складовою якої є безпечна поведінка, що спрямована на запобігання травматизму, у тому числі шкільного. Водночас вивчено рівень готовності й серед учнів з урахуванням усіх рівнів шкільної освіти в аспекті дотримання відповідних основних положень. Обґрунтовано значення наступних компонент при вдосконаленні принципів профілактики шкільного травматизму, як-от: мотиваційно-ціннісної, особистісної, пізнавальної та практичної - для реалізації яких запропоновано персоніфіковану технологію. В основу її впровадження покладено сучасні наукові підходи, принципи конкордатності медичних та педагогічних зусиль і громади, спрямованих на підвищення мотивації, оновлення

змісту навчальних програм валеологічними знаннями і вміннями, а також активізації просвітницької діяльності в ЗМІ зі створенням умов втілення інноваційних технологій формування культури здоров'я.

Отримані результати дослідження стали підґрунтям для розробки удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів на регіональному рівні, в основу якої покладено міждисциплінарний та міжсекторальний принципи, базовим елементом якої є запропонована персоніфікована технологія формування безпечної поведінки як складової культури здоров'я школярів, що вимагає покращення розвивальної, виховної, пізнавальної, оцінної та інноваційно-комунікативної функцій і спрямована на забезпечення етапів формування безпечної поведінки: мотиваційного, інформаційно-праксеологічного та контрольного-оцінного моніторингу. За результатами організаційного експерименту з втілення на практиці окремих елементів моделі профілактики травматизму у школярів були виявлені особливості формування культури здоров'я серед учнівської молоді, що залежать від базових рівнів чотирьох компонент, які її складають (мотиваційна, пізнавальна, діяльнісна, вольова), підпорядковуються різним віковим категоріям, а також стану їх взаємозв'язків із батьками та вчителями.

Отже, профілактика шкільного травматизму, як одна зі складових формування культури здоров'я учнівської молоді, є багатоконпонентною системою, що передбачає сукупність мотиваційно-особистісних, когнітивних та діяльнісних компонент, а реалізація їх обумовлює конкордатність медичних і педагогічних принципів та підходів, пов'язаних спільною метою. Удосконалено організаційно управлінський підхід до впровадження основних принципів формування здорового способу життя в учнівської молоді, одним із елементів якого є безпечна поведінка, що базується на провідних системних положеннях – необхідної мотивації, обізнаності, уміння та дотримання їх упродовж життя.

Виявлені особливості готовності до формування принципів дотримання безпечної поведінки з метою профілактики травматизму серед учнів усіх рівнів шкільної освіти, їх батьків та вчителів з урахуванням типу навчальних закладів за комплексною оцінкою мотиваційно-ціннісної, особистісної, пізнавальної і

практичної складових процесу обумовили визначення проблемних питань, обґрунтувавши напрями покращення ситуації.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні та створенні центрального елемента удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму – навчально-тренінгового центру з забезпечення наукового, організаційно-інформаційного супроводу та, безпосередньо, організації практичних заходів з профілактики шкільного травматизму на базі Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й.Мухіна. Створено Школу юних медиків та обладнано кабінет охорони здоров'я для навчання учнів, батьків та вчителів принципам формування здорового і безпечного способу життя на засадах розвитку життєвих компетентностей. Удосконалено навчальні програми підготовки учнів різних рівнів шкільної освіти та освітньо-виховні програми в літніх оздоровчих закладах з урахуванням інноваційних технологій формування безпечної поведінки; удосконалено програми післядипломної підготовки для медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють у закладах освіти в розрізі профілактики шкільного травматизму. Результати дослідження впроваджено в освітній процес чотирьох загальноосвітніх навчальних закладів та шести медичних коледжів, що підтверджено актами впровадження.

Результати експертної оцінки кваліфікованими незалежними експертами запропонованих нововведень засвідчили їх вагомість та перспективність для удосконалення профілактики шкільного травматизму (9,7 балів в цілому за десятибальною шкалою) із прогнозованою позитивною медичною (9,4), соціальною (9,1) та економічною (9,1) ефективністю, що дозволяє рекомендувати їх для впровадження в систему охорони здоров'я України.

Ключові слова: шкільний травматизм, регіон, Україна, профілактика, безпечна поведінка, модель.

ANNOTATION

Svitlana Bondar - Medical and social justification of an improved preventive model of schoolchildren's traumatism. - Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the Doctor of Philosophy in a Field of study - 22 Healthcare, Specialty 222 Medicine (Social Medicine Specialization) -Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, 2020.

At the present stage, in the period of demographic crisis and the future development of the country, the need to improve the health of the child population is a priority of public policy. Detecting negative trends requires an urgent and thorough study of the causes of its deterioration in order to explore ways to influence them. In addressing this challenge, and in order to achieve positive change in the future, pathological conditions that occupy leading positions in the structure of morbidity, disability and mortality of children whose impact could be minimized, need priority. This category includes children's traumatism, and among its types – school traumatism, which occupies the third place after household and street traumatism in the structure and is increasingly causing concern in society at the rate of prevalence. The positive aspect is that this problem has been reflected in a number of legal documents of different departments and information resources, and on the other hand - today, unfortunately, it is necessary to state the fact that there is no research work on the prevention of school injuries from the standpoint of a systematic approach, which requires a multidimensional and interdisciplinary issue.

On this basis, the purpose of this work was determined, the essence of which is to substantiate, develop and implement an improved preventive model of schoolchildren's injury.

The formed study program has six stages of work, consistent with its objectives. The implementation of the decentralization process in the country with its social orientation needs to solve real urgent problems. In order to study and make objective management decisions in depth, it was advisable to create an improved model of regional schoolchildren's injury prevention. For this purpose, the Kirovograd region was selected

with its typical third of Ukraine population and the share of children of different age categories, as well as infrastructure close to most regions. The systematic approach to solving the current issue led to the choice of research bases, observation units and methodological tools. For the comprehensive presentation of student youth, it was considered appropriate not only to take into account their age categories but also their place of residence. On this base, four educational establishments of urban, rural and regional types were selected. Separately, medical college was included in their composition as first-year students correlate with high school students. The results of a sociological survey of students provided an opportunity for a comparative analysis of the responses of schoolchildren and their peers - future physicians who have already chosen medicine in their profession with its preventive component. From a systematic point of view, parents and students were involved in the scientific work as the closest environment, most relevant to the creation of a model of injury prevention in schoolchildren. As a result, the total of observations included 1,395 people. They were divided into two groups according to the stages of the study. The conceptual stage involved 1,082 people, of whom 686 were students of 1-4 grades - 206 people, 5-9 - 185 people, 10-11 - 145, college students - 150, as well as 188 parents and 208 teachers. At the effective stage, during the organizational experiment to determine the ability of the elements of the model, 313 persons were subjected to study, of which 213 students (including grades 1-4 - 47, 5-9 - 54, 10-11 - 54, students - 58), as well as 50 parents and teachers. It should be noted that the group of experts who evaluated the importance and effectiveness of the proposed innovations on 16 parameters, included 62 experts, among which, in addition to specialists in social medicine, found representatives of education, managers, police and other groups of specialists united by a common goal in the aspect of research.

Each stage of the decision had its own peculiarities of methodological approach. After studying the state of the problem and developing the program in the third stage, devoted to the peculiarities of the dynamics of school injuries in a comparative aspect in Ukraine and the region, studied the data of official statistics (FF №12, №50 for 1999-2016 years with the allocation of three 5-year-olds periods and separately for 2014-2016). Sociological research using questionnaires was applied in three other stages of work. Determining the

level and conditions of motivational, personal, cognitive and practical readiness of students, their teachers and parents for the prevention of school injuries was carried out on specially designed questionnaires taking into account the characteristics of the contingent. To study the psycho-emotional state the well-known techniques were involved: Kondash's "Scale of Socio-Psychological Anxiety", A. Zverkov, E. Eidman, "Self-Regulatory Self-Regulation Test", Spielberger-Hanin "Personal Anxiety Scale" were used to determine the psycho-emotional state. They are sufficiently tested and widely used in clinical medicine. In addition, descriptive modeling, organizational experimentation, and peer review were used. Known classical methods of frequency and variational statistics with calculation of standard errors for relative and average values, methods of dynamic series analysis and null hypothesis testing in sample studies using the χ^2 criterion for relative and Student's t-test for mean values were used in the processing of results.

As a result, it was found that the share of "Injuries, poisonings and other consequences of exposure to external causes" in the structure of primary morbidity of children aged 0-14 years is stable 3.6%. Among adolescents, it is higher compared to the demographic decline over the years (5.6% in 2016). The growth of child traumatism in Ukraine, with the prevailing rates in the Kirovograd region, resulted in higher than average Ukrainian levels (482.1 and 690.2 aged 0-14 and 15-17 years against 473.2 and 659.5 per 10 thousand accordingly). The increase of school injuries is also more noted in the region (in 2014-2016 by 5.0% against 0.8% in Ukraine) against the background of lower incidence rates (33.3% against 44.0% in 10 thousand). It is revealed that the structure of trauma localization in school traumatism in Ukraine and Kirovograd region is identical. It is found that the following types of injuries consistently ranked: wounds, superficial and vascular injuries (49.1%); upper extremity bone fractures (24.3%); dislocations, sprains, deformities and injuries of the joints and adjacent muscles (15.1%); lower extremity bone fractures (6.0%); intracranial injuries (3.1%) and other injuries (2.4%). It was found that 27.8% of the students had school injuries and 22.5% had combined injuries. The share of injuries among students in grades 5-9 is $37.3 \pm 3.5\%$, among high school students - $26.2 \pm 3.5\%$, of college students - $24.7 \pm 3.5\%$, and of students in grades 1-4 - $22.8 \pm 2.9\%$ ($p < 0.05$). Their structure was dominated by slaughter ($44.8 \pm 3.1\%$), dislocation

($25.8 \pm 2.7\%$), broken limb ($14.5 \pm 2.2\%$), cut ($11.3 \pm 2.0\%$), burns ($2.4 \pm 0.9\%$) and other ($1.2 \pm 0.5\%$). In the case of younger students, traumas were less complex, and in the frequency of cases, students who attended rural school were distinguished. For students in grades 1-4, the most dangerous place for injuries was the dining room and the school yard, for the rest - the yard and the gym. Increased conflict in communication with peers, regardless of the geographical location of the school, was characteristic of students in grades 5-9.

At the fourth stage, in order to determine the characteristics of the potential predisposition to safe behavior of students, parents and teachers, their psycho-emotional state was studied. As a result, the following features of the types and levels of anxiety among students were identified: general - half of high school students showed excessive calm; school - every fourth ($22.6-26.0\%$) was elevated regardless of age; self-assessment - half (52.4%) of high school students were excessively calm; interpersonal - every fourth student in grades 1-4 was above normal and in the same number of students in grades 5-9 and 10-11 showed excessive calm. In half of primary, third (31.1%) middle and senior (39.5%) classes, there was an insufficient level of volitional self-regulation in the form of stress, tendency to spontaneous behavior in difficult situations; in half ($47,8 - 50,7 \%$) - there is no persistence to the realization of their own intentions against the background of low and medium levels of self-control. The identified gender and age features of the psycho-emotional state allowed to determine the contingent of students at risk who need special attention, followed by the search for causes and their elimination by adjusting preventive work.

Half (50.5%) of the teachers surveyed were found to have high levels of personal anxiety. Respondents understand the need for and are able to master their behavior, as they have high (71.8%) and average (27.2%) levels of overall self-regulation and inherent self-control with average (34.4%), sufficient (42.6%) and high (20.0%) levels. The desire and willingness to accept innovation and adherence to social norms are conditioned by medium (45.1%), sufficient (34.0%) and high (14.1%) levels of persistence.

Among parents (67.3%), low and medium levels of personal anxiety prevail, which indicates that they have an optimal natural response to discomfort. At the same time, high

anxiety in every third (32.7%) is subject to control, as in the vast majority they have medium (25.9%), sufficient (47.1%) and high (20.7%) levels of self-control and perseverance (38, 5%; 41.4%; 13.8% respectively).

At the fifth stage the preconditions of expanding the range of prevention of school injuries were defined. It is revealed that 19.8% of students in grades 5-11 have no interest to the safety rules, 31.7 per cent are not willing to participate in activities to prevent injuries. The main sources of information for every third student (31.4 to 36.6 percent) are their teachers and parents; for every fifth student (17.4 per cent) – it is the media along with the Internet, and medical officers for only 14.0% of the respondents. Every fourth (23.4%) teacher draws information from medical professionals, and every fifth (19.6% - 21.8%) - from the resources of the Internet and colleagues. One third (33.8%) of parents are informed by the media, one in five - from teachers and health professionals, and 16.8% of respondents - from other parents. 9.0% of the surveyed parents could not provide any answer. This gives reason to think that they do not care at all about the prevention of injuries to their own children. All respondents want to have 1-2 sources of information, prefer special trainings with theoretical training. There is a discrepancy between a sufficiently pronounced awareness of the need and willingness to form safe behavior due to low cognitive and practical components. It was found that 94% of teachers recognize the need to modernize the process of forming safe behavior in students as part of a health culture, and 87.5% of the total number of respondents - expressed a desire and readiness to implement preventive measures, although 43.4% need updating theoretical and practical knowledge, relevant scientific visual and methodological support; up to 40% - recognized the need for more effective use of the content of educational material, updating it with modern innovative technologies. The vast majority of teachers see the need to improve the effectiveness of communication on injury prevention through the use of an interdisciplinary approach with the active involvement of psychologists (57.2%), police (40.0%), medical college students (49.5%) or high school students (14,4%).

It is revealed that parents are aware of their responsibility for their children's health and are ready to participate directly in the formation of their children's safe behavior, however, in 21.2% of cases, they do not fully or partially desire the purposeful actions,

activity, self-discipline; 20.5% - stated the need for general education knowledge and their practical application.

The level of willingness of parents and teachers to develop a culture of health, which is a component of safe behavior aimed at preventing injury, including schooling, has been determined. At the same time, the level of readiness among students is determined, taking into account all levels of school education in terms of compliance with the relevant basic provisions. The value of the following components in the improvement of the principles of prevention of school injuries is substantiated: motivational-value, personal, cognitive and practical, for the implementation of which personalized technology is proposed. Its implementation is based on modern scientific approaches, principles of concordance of medical and pedagogical efforts and the community, aimed at increasing motivation, updating the content of curricula with valeological knowledge and skills, as well as intensifying educational activities in the media with the creation of conditions for embodying the culture of technology incarnation.

The results of the study became the basis for the development of an improved model of injury prevention in schoolchildren at the regional level, which is based on interdisciplinary and intersectoral principles, the basic element of which is the proposed personalized technology for safe behavior as part of school health culture, which requires the improvement of developmental, educational, cognitive, evaluative and innovative-communicative functions and is aimed at ensuring the stages of formation of safe behavior: motivational, information-praxeological and control-evaluation monitoring. According to the results of the organizational experiment on the implementation in practice of certain elements of the model of injury prevention among schoolchildren, the peculiarities of forming a culture of health among students, which depend on the basic levels of the four components that make it up (motivational, cognitive, activity, volitional), are subject to different age categories, as well as the state of their relationships with parents and teachers.

Thus, the prevention of school injuries, as one of the components of the culture of health of student youth, is a multicomponent system that provides a set of motivational-personal, cognitive and activity components, and their implementation determines the

concordance of medical and pedagogical principles and approaches related to common purpose. It was improved the organizational management approach to implementing the basic principles of a healthy lifestyle among students, which is safe behavior, based on the leading system provisions the necessary motivation, awareness, skills and compliance with them throughout life.

The peculiarities of the willingness to formulate principles of safe behavior for the prevention of school traumatism among students of all levels of school education, their parents and teachers, taking into account the type of educational institutions on the complex assessment of motivational-value, personal, cognitive and practical problems, have been revealed justifying directions for improving the situation.

The practical significance of the obtained results is to substantiate and create a central element of an improved model of prevention of school traumatism - a training center for providing scientific, organizational and information support and, directly, organizing practical measures for the prevention of school traumatism on the basis of Kirovohrad Mukhin Medical College. A School of Young Physicians was established and a health office was set up to teach students, parents and teachers the principles of healthy and safe lifestyle formation based on the development of life competencies. School curricula for students of different school education systems and educational programs in summer health-improving institutions have been improved, taking into account innovative technologies of safe behavior formation; postgraduate training programs for nurses specializing in Pediatrics and working in educational institutions in the context of school injury prevention have been also improved. The results of the study were implemented in the educational process of four secondary schools and six medical colleges, which is confirmed by the acts of implementation.

The results of expert evaluation by qualified independent experts of the proposed innovations showed their importance and prospects for improving the prevention of school injuries (9.7 points in total on a ten-point scale) with the projected positive medical (9.4), social (9.1) and economic (9.1) efficiency, which allows to recommend them for implementation in the health care system of Ukraine.

Keywords: *school traumatism, region, Ukraine, prevention, safe behavior, model.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Бондарь СО. Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї. *Wiadomości Lekarskie*. 2018;LXXI(3):508-513.
2. Бондарь СО. Види та структура локалізації травм як передумова формування здоров'язберезувальних засад попередження дитячого травматизму. Україна. *Здоров'я нації*: 2018;2(49):9-16.
3. Бондарь СО. Шкільний травматизм: особливості, тенденції. Професійна освіта: проблеми й перспективи. 2018;14:49-54.
4. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018;2(8):47 - 53. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.
5. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу. Професійна освіта: проблеми і перспективи. 2017;13:32-38. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.
6. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально-українських тенденцій. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2017;17(4(60)):185-190. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.
7. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7:1064-76. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.
8. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017;2(6):58-65. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.

9. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму. Економіка і право охорони здоров'я. 2019;2(10):25-31. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
10. Mikhalchuk VM, Bondar SO. Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism. Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(11):540-545. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:

11. Бондарь СО. Формування здоров'язберезувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму. В: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Полтавські дні громадського здоров'я; 2018 Трав 24-25; Полтава. Полтава: Техсервіс; 2018, с.48-50.
12. Бондарь СО. Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді: В: Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи; 2018 Жовт 20-26; Житомир. Житомир; 2018, с.244-246.
13. Михальчук ВМ, Нестерець ОЛ, Бондарь СО. Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України. В: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва; 2017 Лист 15-17; Жешув (Польща). с.98-99 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

14. Латишев ЄЄ, Бондарь СО. Нормативно – правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності. Сучасні медичні технології. 2015;4(27):55-60. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

15. Латишев ЄЄ, Бондарь СО. Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел). Сучасні медичні технології. 2015;2-3(25-26):130-135 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.

16. Латишев ЄЄ, Бондарь СО. Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я. В: Матеріали щоріч. Всеукр. наук.-прак. конф. за міжнар. участю Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні; 2016 Берез 23; Київ. Київ; 2016, с.101-103 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації)*.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	22
ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1	
ШКІЛЬНИЙ ТРАВМАТИЗМ В АСПЕКТІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ.....	34
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1 Програма та матеріали дослідження	53
2.2 Методи дослідження	63
РОЗДІЛ 3	
АНАЛІЗ ТРАВМАТИЗМУ У ШКОЛЯРІВ В УКРАЇНІ ТА КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ ЗА 1999 – 2016 РОКИ	
3.1 Динаміка та вікова структура захворюваності на дитячий травматизм в Україні та Кіровоградській області	67
3.2 Особливості структури видів дитячого травматизму та шкільного в Україні та Кіровоградській області	73
РОЗДІЛ 4	
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ, ЇЇ БАТЬКІВ ТА ВЧИТЕЛІВ	
4.1 Психоемоційні особливості учнів у залежності від віку та статі.....	87
4.2 Психоемоційний профіль сучасних учителів загальноосвітньої школи та батьків учнівської молоді	101
РОЗДІЛ 5	
ОСНОВНІ ПЕРЕДУМОВИ ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ У ШКОЛЯРІВ.....	110
5.1 Обґрунтування умов формування принципів удосконалення профілактики травматизму серед школярів різних вікових груп	111
5.2 Обґрунтування умов формування принципів удосконалення профілактики шкільного травматизму серед учителів	124

5.3 Обґрунтування умов формування принципів удосконалення профілактики шкільного травматизму серед батьків.....	132
РОЗДІЛ 6	
ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАПРОПОНОВАНОЇ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ В ШКОЛЯРІВ З ОЦІНКОЮ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ	
6.1 Положення та принципи запропонованої моделі	143
6.2 Результати організаційного експерименту з впровадження елементів запропонованої удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів.....	155
6.3 Результати експертної оцінки удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів	169
ВИСНОВКИ.....	176
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	180
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	181
ДОДАТКИ	202

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ДОЗ	– департамент охорони здоров'я
ЗВМО	– заклад вищої медичної освіти
ЗОНЗ	– загальноосвітній навчальний заклад
ЗМІ	– засоби масової інформації
ЗСЖ	– здоровий спосіб життя
НТЦ	– навчально-тренінговий центр
ОДА	– обласна державна адміністрація
ССД	– служба у справах дітей
УДСНС	– управління державної служби надзвичайних ситуацій
УОНМС	– управління освіти, науки, молоді та спорту
УПП	– управління патрульної поліції
УСЗН	– управління соціального захисту населення
ЦПМД	– центр первинної медичної допомоги

ВСТУП

Актуальність теми Сьогодні, на етапі духовного, культурного та соціального становлення України як самостійної держави, одним із найважливіших завдань є не тільки збереження здоров'я дитячого населення, а й забезпечення його якості впродовж життя. Майбутнє країни, її трудові ресурси та безпека в період демографічної кризи, що спостерігається в державі, залежить від стану здоров'я підростаючого покоління і, у першу чергу, учнівської молоді як найближчого її потенційного резерву [6, 27, 33, 73]. Водночас стан здоров'я дитячого населення визнається незадовільним, що обумовлено тенденцією до зростання захворюваності, поширеності хвороб, високими рівнями інвалідності та смертності [25, 38, 90, 125-126]. Однією з проблем такого стану є зростання дитячого травматизму, який входить до п'ятірки причин дитячої захворюваності [31, 48, 81]. При цьому смертність як основний інтегральний показник стану здоров'я при травмах, нещасних випадках та отруєннях серед дітей віком до 14 років займає перше місце і досягає 26%, а у дітей 15-17 років – 65%. Окреслена ситуація викликає занепокоєння, адже чисельність підлітків 15-17 років серед дитячого населення суттєво зменшується з роками. Так, лише за 2014-2018 роки даний показник знизився з 16,3% до 14,2%. Визначення актуальності питання дитячого травматизму потребує свого вирішення, що обумовлює потребу ретельного вивчення та врахування обставин, які є причиною проблеми [39, 44, 71]. В цьому аспекті варто звернути увагу на зростання рівня шкільного травматизму, що стійко займає третє місце в структурі дитячих травм, після побутового та вуличного, і належить до тих причин, яких можна запобігти. Зазначене потребує заходів, спрямованих на попередження шляхом створення безпечного шкільного середовища серед учнівської молоді на відповідних етапах навчання. Однією з основних проблем при цьому виступає ослаблений в останні роки профілактичний напрям, який в охороні здоров'я дітей має бути першочерговим.

За таких обставин базовими векторами консолідації медичної галузі, зусиль різних органів державної влади й громадськості слід вважати безпеку та

благополуччя дитини. Втілення поставлених задач можливе лише за умови формування у школярів мотивації до здорового способу життя [17, 32, 47, 118, 130, 198, 203, 226].

Концептуальні положення щодо формування культури здоров'я підростаючого покоління, складовою якої є безпечна поведінка, відображено в Конституції України (2010), Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (2014), Національній стратегії розвитку освіти України на період до 2021 року (2013), Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» (2015), спільному Наказі МОН та МОЗ від 21.04.2005 р. №242/178 «Про посилення роботи щодо профілактики захворюваності дітей у навчальних закладах та формуванні здорового способу життя учнівської та студентської молоді», спільному Наказі МОН та МОЗ України від 13.11.2018 р. №1232/2067 «Про затвердження положення про особливості організації форм здобуття загальної середньої освіти в закладах охорони здоров'я», Наказі МОН від 26.12.2017 р. №1669 «Про затвердження Положення про організацію роботи з охорони праці та безпеки життєдіяльності учасників освітнього процесу в установах та закладах освіти тощо», постанові Кабінету Міністрів України від 30.05.2018 р. №453, якою затверджена Державна соціальна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2021 року [63-69, 84, 99, 129, 131-132, 136].

Зазначені основні законодавчі положення є не тільки визнанням існування проблеми дитячого травматизму, у тому числі шкільного, а й регламентуючими документами щодо її вирішення. Цілком логічно, що суспільний запит спрямований на заклади охорони здоров'я та школу, щоб там, де діти навчаються, були створені умови для їх повноцінного розвитку. У навчально-виховному процесі необхідно враховувати вплив сім'ї, яка виступає фрагментом виховання у власних дітей потреби дотримання здорового способу життя. Організація та проведення профілактичної виховної роботи, спрямованої на зниження рівня шкільного травматизму є, зокрема, одним із актуальних і соціально важливих завдань, що стоять перед органами охорони здоров'я, управлінням освіти та педагогічними колективами закладів освіти. Вона вимагає налагодження міжвідомчої взаємодії з

підрозділами ювенальної превенції Національної поліції України, службою у справах дітей, соціальними службами сім'ї, дітей та молоді, а також широкомасштабного залучення засобів масової інформації до проведення інформаційно-просвітницької роботи.

Викладене свідчить, що збереження та покращення здоров'я учнівської молоді за рахунок формування культури здоров'я, складовою якої є безпечна поведінка як умова попередження шкільного травматизму, вимагає посилення системної роботи у виявленні та усуненні причин з позицій міждисциплінарного підходу. При цьому, згідно з постановою Кабінету Міністрів України №230-р від 05.07.2017 року, якою затверджено Державну соціальну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2021 року», при забезпеченні розбудови ефективної системи захисту дитини необхідно володіти та враховувати особливості на рівні територіальної громади за поширення процесів децентралізації [75].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження є фрагментом НДР кафедри управління охороною здоров'я «Обґрунтування моделей управління підсистемами охорони здоров'я та зміцнення популяційного здоров'я України відповідно до Європейських стратегій», № державної реєстрації 01150002160, термін виконання 2015-2019рр. у якій авторка є співвиконавцем.

Мета дослідження: обґрунтування, розробка та впровадження удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні, базовою основою якої є персоніфікована технологія формування безпечної поведінки у шкільної молоді при забезпеченні оптимізації міждисциплінарних, функціонально-організаційних зв'язків міжвідомчих установ, пов'язаних спільною метою.

Завдання дослідження:

1. Провести системний аналіз інформаційних ресурсів щодо дитячого травматизму в аспекті сучасних підходів до профілактики шкільного травматизму серед учнівської молоді.

2. Вивчити в Україні та Кіровоградській області рівень і динаміку шкільного травматизму за видом, локалізацією та його віково-статеву структуру серед школярів.
3. Проаналізувати психоемоційні особливості потенційної схильності до безпечної поведінки учнів усіх видів шкільної освіти та здатності її формування з боку вчителів та батьків.
4. Вивчити рівні та умови забезпечення мотиваційної, особистісної, пізнавальної та практичної готовності учнів, їх вчителів та батьків до профілактики шкільного травматизму.
5. Обґрунтувати та розробити удосконалену модель профілактики травматизму у школярів.
6. Провести оцінку ефективності запропонованих нововведень.

Об'єкт дослідження: профілактика шкільного травматизму.

Предмет дослідження: поширеність шкільного травматизму та його структура, обізнаність з питань безпечної поведінки, організаційні технології з формування культури здоров'я, модель профілактики.

Методи дослідження:

- системний підхід та системний аналіз – для комплексної оцінки і виявлення проблем організації профілактики травматизму в школярів;
- бібліосемантичний – для вивчення існуючих підходів до вирішення проблеми організації профілактики травматизму в школярів;
- епідеміологічний – для вивчення динаміки рівнів захворюваності та структури шкільного травматизму;
- соціологічний – для виявлення рівня готовності до формування безпечної поведінки в учнівській молоді, батьків, учителів; їх психоемоційний профіль;
- медико-статистичний – для збору, обробки й аналізу отриманої інформації при проведенні досліджень;
- моделювання – при розробці удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів;

- організаційного експерименту – для апробації основних інноваційних організаційних технологій удосконаленої системи профілактики травматизму в школярів;

- експертних оцінок - для визначення ефективності та перспективності запропонованої моделі профілактики травматизму у школярів.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано удосконалену модель профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні із застосуванням міждисциплінарного та міжсекторального підходів, центральним інноваційним елементом якої є персоніфікована технологія формування безпечної поведінки як складової культури здоров'я учнівської молоді, що містить мотиваційний, інформаційно-праксеологічний та контрольний етапи, реалізація яких передбачає послідовний комплекс конкордантних заходів органів місцевого самоврядування, медичних та педагогічних працівників, інших зацікавлених сторін із інтегральною та консолідуючою роллю органу управління охорони здоров'я;

- обґрунтовано потребу розширення спектра профілактики травматизму в школярів на підставі зростання його рівня в Україні та Кіровоградській області (за 2014-2016 рр. на 5,0% проти 0,8% в Україні) на тлі нижчих рівнів захворюваності (33,3 проти 44,0 на 10 тис. населення), більшою мірою серед підлітків 15-17 років;

- виявлено особливості структури видів травм: рани, поверхневі пошкодження та ушкодження судин (49,1%); переломи кісток верхніх кінцівок (24,3%); вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів (15,1%); переломи кісток нижніх кінцівок (6,0%); внутрішньочерепні травми (3,1%) та інші травми (2,4%) і місця їх отримання в учнів загальноосвітніх закладів за різним рівнем територіальної приналежності;

- визначено рівень обізнаності з питань безпечної поведінки за використанням існуючих та бажаних джерел інформації серед школярів, вчителів та батьків;

- виявлено особливості готовності дотримання принципів безпечної поведінки з метою профілактики шкільного травматизму серед учнів усіх рівнів шкільної

освіти (у кожного четвертого школяра відсутній інтерес до пізнання правил безпеки, а кожен третій – не готовий брати участь у заходах запобігання травматизму) та особливості формування її вчителями й батьками;

- комплексно вивчено психоемоційний стан учнів, їх батьків та вчителів із виявленням серед школярів різновидів тривожності (шкільної, особистісної, міжособистісної), низьких рівнів самоволодіння та вольової наполегливості при здатності до адаптації в умовах навчання, формування самовдосконалення та самоосвіти. Встановлено, що половині (50,5%) вчителів та третині (32,7%) батьків властивий високий рівень особистісної тривожності, який нівелюється достатнім та високим рівнями самовладання і наполегливості;

- обґрунтовано, що профілактика шкільного травматизму як одна зі складових формування культури здоров'я учнівської молоді є багатокомпонентною системою, що передбачає сукупність мотиваційно-особистісної, когнітивної та діяльнісної компонент, а реалізація їх обумовлює конкордатність медичних і педагогічних принципів та підходів, пов'язаних спільною метою;

Удосконалено:

- принцип персоніфікованої технології формування основ безпечної поведінки в учнівської молоді, що забезпечує розвивальну, пізнавальну, рефлексивну функції й реалізується в процесі життєдіяльності, де провідна роль належить медичним працівникам;

Набуло подальшого розвитку:

- впровадження організаційно-комунікаційного, орієнтованого на особистість, підходу до формування в учнівської молоді безпечної поведінки, основу якої складають наступні системні положення – мотивація, обізнаність, уміння та дотримання їх упродовж життя;

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення з організації профілактики шкільного травматизму, в основу якої закладено принцип формування в учнівської молоді безпечної поведінки.

Практичне значення одержаних результатів полягає в:

- обґрунтуванні та створенні ключового елемента удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів – навчально-тренінгового центру по забезпеченню заходів з профілактики шкільного травматизму на базі Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й. Мухіна;

- обґрунтуванні й створенні на базі Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й. Мухіна Школи юних медиків;

- створенні та обладнанні кабінету охорони здоров'я для навчання учнів, батьків та вчителів принципів формування здорового і безпечного способу життя;

- встановленні напрямів удосконалення організації профілактики шкільного травматизму з позиції дотримання безпечної поведінки як складової культури здоров'я, формування якого забезпечується за міждисциплінарним підходом;

- удосконаленні критеріїв оцінки рівня сформованості в учнів принципів безпечної поведінки за чотирма компонентами: мотиваційним, особистісним, пізнавальним та практичним;

- удосконаленні навчальних програм підготовки учнів різних систем шкільної освіти та освітньо-виховної програми в літніх оздоровчих закладах інноваційними технологіями формування безпечної поведінки;

- удосконаленні програми післядипломної підготовки для медичних сестер, які працюють у загальноосвітніх навчальних закладах в розрізі профілактики шкільного травматизму.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

а) на галузевому рівні:

- удосконалено програму післядипломної підготовки медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють у закладах освіти, з внесенням до них питань профілактики шкільного травматизму, а саме:

1. Стратегія формування здоров'я підлітків (2 год.).
2. Профілактика шкільного травматизму (2 год.).
3. Дитячий травматизм. Надання першої долікарської допомоги (2 год. теоретичних та 4 год. практичних занять).

Розклад проведення занять за удосконаленою програмою післядипломної підготовки медичних сестер у Кіровоградській області подано в додатку Л-2.

Використовується у навчальному процесі шести медичних коледжів Полтавської, Дніпропетровської, Житомирської, Херсонської, Київської та Львівської областей, що підтверджено актами впровадження (додаток М).

б) на регіональному рівні:

- створено навчально-тренінговий центр при Кіровоградському медичному коледжі імені Є.Й.Мухіна, що підтверджено спільним наказом №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09.08.2018 р. між Управлінням патрульної поліції, управлінням ДСНС України в Кіровоградській області, Кіровоградським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Кіровоградською обласною благодійною організацією «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Управлінням освіти, науки, молоді та спорту, Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Департаментом соціального захисту населення (додаток К);

- створено та обладнано кабінет охорони здоров'я на базі Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й. Мухіна для навчання учнів, батьків та педагогічних працівників з питань формування здорового і безпечного способу життя на засадах розвитку життєвих компетентностей;

- створено Школу юних медиків на базі Кіровоградського медичного коледжу в рамках співпраці з КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт» - загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26» відповідно до наказу № 213 від 10.05.2018 р. (додаток Н-1) та впроваджено в освітній процес (акт впровадження, додаток Н-2).

в) у навчальному процесі:

- результати дослідження впроваджено в освітній процес Богданівської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №1 імені І.Ткаченка, КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області», гімназії імені Т.Г.Шевченка, м. Кропивницький (акти впровадження, додаток П).

За період з 2018 року та 9 місяців 2019 р. НТЦ було проведено 105 тренінгів, охоплено навчанням 15 шкіл міста Кропивницького та 4 школи в районах області.

Задіяні в навчанні учні: 1-4 класів – 356; 5-9 – 876; 10-11 класів – 504; батьки — 204; вчителі – 92 особи. До роботи у НТЦ залучено 105 студентів коледжу. Протягом літніх канікул (липень-серпень 2019 р.) проводилися тренінгові заняття з профілактики дитячого травматизму в оздоровчих закладах області: ТОВ «Дитячий оздоровчий заклад «Бригантіна», смт. Новоархангельск (2 заняття – 38 осіб); ТОВ «Дитячий заклад оздоровлення та відпочинку «Дружба», с. Войнівка Олександрійського р-ну (3 заняття – 64 особи); дитячий заклад оздоровлення та відпочинку «Жовтень», с. Бірки Олександрівського р-ну (3 заняття – 52 особи); дитячий заклад «Оздоровчий комплекс «Лісова пісня» с. Оникієве Маловисківського р-ну (2 заняття – 38 осіб), що підтверджено листом Департаменту соціального захисту населення №23-03.1-39/4607.0.23 від 04.12.2019 на виконання спільного наказу «Про створення навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі імені Є.Й.Мухіна» (додаток У).

Особистий внесок здобувача.

7. Дисертація є самостійно виконаною науковою роботою. З науковим керівником обговорена ідея, визначено напрям дослідження, узгоджена мета, завдання, програма та обрані методи її реалізації. Автором проаналізовано стан проблеми дитячого травматизму в Україні та Кіровоградській області, визначена актуальність шкільного травматизму з позиції медико-соціального значення та остаточної невизначеності принципів його попередження. Обґрунтована необхідність регіонального підходу з визначенням області та вибором баз наукового дослідження з відповідним аналізом стану проблеми в Україні та Кіровоградській області в багатофакторному аспекті. З огляду на це були розроблені спеціальні анкети для вивчення рівнів та умов забезпечення мотиваційної, особистісної, пізнавальної та практичної готовності учнів, їх вчителів та батьків до профілактики шкільного травматизму. Обрано апробовані та узгоджені методики вивчення психоемоційного стану контингенту, задіяного в науковій роботі. Окремо опрацьовані анкети вивчення результатів впровадження елементів удосконаленої моделі та карти експертної її оцінки, сформована база даних; здійснено аналіз отриманих даних зі статистичним їх опрацюванням. За участі наукового керівника

зроблено теоретичне обґрунтування удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів. Автором розроблена модель та впроваджено її елементи в умовах організаційного експерименту. Сформульовані основні наукові положення та висновки. У наукових роботах, які виконані у співавторстві, внесок автора визначальний з точки зору постановки питань, обговорення отриманих результатів, підготовки висновків. Запозичень ідей або розробок співавторів не було.

Апробація результатів дисертації.

Результати досліджень, викладені у дисертації, оприлюднено на конференціях та інших зібраннях міжнародного, національного та регіонального рівнів, а саме:

на міжнародному рівні:

- міжнародній науково-практичній конференції “Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва” (м. Жешув (Польща), 2017);

на національному рівні:

- Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (м. Полтава, 2018), I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (м. Житомир, 2018), I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Здоров'я і суспільство» (м. Кропивницький, 2019); X Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (м. Житомир, 2019); засіданні робочої підгрупи з розробки профільних програм в освітніх навчальних закладах при ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (Київ, 2019);

на регіональному рівні:

- обласному педагогічному форумі, присвяченому розбудові Нової української школи (м. Новоукраїнка Кіровоградської обл., 2018)

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 16 наукових праць, які відображають основні наукові результати (3 – одноосібно), з них: 8 статей у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 1 – у виданнях, цитованих у науково

метричній базі Scopus, 2 – в іноземному виданні країн Європейського союзу (Польща), 1 - англійською мовою, 4 - праці у матеріалах конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 280 сторінках друкованого тексту, основний – на 139 сторінках, і складається з анотації, вступу, шести розділів власних досліджень, висновків та рекомендацій, списку використаних джерел, що містять 227 найменувань (196 – вітчизняних авторів, 31 – іноземних), 16 додатків. Дисертаційне дослідження ілюстровано 39 таблицями та 29 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ШКІЛЬНИЙ ТРАВМАТИЗМ В АСПЕКТІ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ

На сучасних соціально-культурному і духовному рівнях суспільства до найбільш пріоритетних напрямів подальшого його розвитку належить збереження здоров'я особистості, активної працездатності та життєдіяльності впродовж життя. Стан здоров'я дітей та підлітків є фундаментальною основою для формування потенціалу здорової нації у майбутньому і вважається важливим індикатором економічного благополуччя та національної безпеки країни [122, 163]. Основні завдання й цілі держави визначено у Законі України «Про основи національної безпеки України» щодо отримання та застосування компетенцій ведення здорового способу життя школярами, молоддю та дорослим населенням шляхом розроблення, внесення змін та реалізації навчальних здоров'язберігаючих програм. Проведення профілактичних заходів, націлених на збереження й зміцнення здоров'я, повинно відбуватися із використанням новітніх технологій щодо формування активної мотивації піклуватися за своє здоров'я та інших [3, 15, 64, 101, 118, 179]. У зв'язку із зазначеним збереження здоров'я дитячого населення, його покращення є стратегічною метою політики держави, одним із провідних маркерів її економічної спроможності [30, 42, 114, 137].

Швидкий темп розвитку суспільства, прагнення України до світових та європейських стандартів змінює й вимоги до стану здоров'я, моральної стійкості, фізичної витривалості українців, що надає їм конкурентоздатності на світовому ринку праці в умовах сьогодення. Сформувати у кожної людини, особливо з якомога раннього віку, ціннісного ставлення до здоров'я – таке основне завдання стоїть перед країною, реалізації якого можливо досягти лише завдяки спільним зусиллям за відповідної нормативно-правової бази та підтримці владних структур, медичної та педагогічної спільнот [1, 7, 22, 58, 60-61, 79, 118, 145, 152].

У контексті зазначеного концептуальні положення щодо формування ЗСЖ у молодого покоління відображені у Конституції України (2010), законах України

"Про освіту" (2017), "Про вищу освіту" (2014), "Про фахову передвищу освіту" (2019), "Про соціальну роботу з дітьми та молоддю" (2012), Національній стратегії розвитку освіти України на період до 2021 року (2013), «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (2014), Стратегії сталого розвитку "Україна-2020" (2015), у Статуті Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (1946, 2005). Саме у зазначених документах приділено увагу потребі щодо формування культури здоров'я, в тому числі через освіту [63-69, 84, 99, 118, 132, 136, 144, 164].

Одним із найголовніших проблемних питань охорони здоров'я України в непростий період її реформування є підвищення ефективності діяльності [8, 26, 52, 53]. Серед них особливе місце належить медичному забезпеченню дітей, в тому числі й у загальноосвітніх закладах, яке повинно бути спрямоване на охорону та зміцнення здоров'я дитячого населення, включати при цьому комплекс профілактичних і оздоровчих технологій та гігієнічну освіту з дотриманням відповідної безпечної поведінки [4, 34, 46, 74, 97, 110]. Разом з тим відомо, що адаптація дитячого організму до умов навколишнього середовища, в широкому його розумінні, визначається високою пластичністю та чутливістю. Тому процес його росту та диференціації представляє собою головну мішень для впливу та дії несприятливих чинників. Саме з таких позицій Т. Кузьміна і співавтори вважають, що володіння адекватною інформацією стосовно внеску факторів ризику в персональну експозицію дитячого населення є базовою основою щодо розробки індивідуалізованих рекомендацій по їх зниженню в розрізі різних вікових груп та заходів із управління ними для здоров'я на популяційному рівні. Такої думки дотримується більшість науковців [92, 143, 177, 204, 212].

О.Милушкіна, З.Джаєва, Л.Духовний (2015) акцентують увагу на особливостях формування здоров'я підлітків в умовах сучасного загальноосвітнього середовища [56, 116]. Приєднуються до них і науковці І.Ринза та І.Федіна, (2016) [156, 185], оскільки, за їхніми спостереженнями, до 70% часу діти та підлітки проводять у навчальних закладах. Вивчення впливу їх внутрішньої атмосфери на формування здоров'я підростаючого покоління є важливою складовою в дослідженні його загального стану.

У зв'язку з дією несприятливих багатоаспектних та різнопланових факторів на формування здоров'я дітей за останнє десятиріччя відбулися суттєві негативні зміни в його стані, що чітко простежується в інформативних ресурсах [5, 12, 50, 138, 180, 192]. Динаміка здоров'я дитячого населення в Україні характеризується несприятливою тенденцією. Тільки за 2015-2017 рр. в нашій країні серед дітей до 14 років рівень захворюваності зріс на 1,1%, серед підлітків 15-17 років - на 8,6%. Крім того, результати аналізу динаміки рівня дитячого травматизму в Україні свідчать, передусім, що він суттєво вищий серед підлітків. Більш того, темпи зростання з 2004 по 2014 роки є інтенсивнішими – на 32% проти 6,4% серед дітей до 14 років. Характер змін за останні три роки зберігається, проте приріст показників захворюваності на дитячий травматизм виявився вищим серед дітей 15-17 років (3,1% проти 1,1% у дітей до 14 років) [20, 28, 41, 113, 121].

У публікаціях інших науковців, а саме О.Третьякової зі співавторами (2013), за результатами аналізу статистичних показників первинної захворюваності дітей 0-17 років відмічають її зростання в Україні на 8,6% (з 1326,3% у 2007 р. до 1440,0% у 2011 р.) [113, 183]. Питома вага травм та отруєнь становить 3,8% і посідає четверте місце у структурі захворюваності в Україні.

Зниження показників захворюваності дітей віком до одного року (на 9,8% в Україні) ряд науковців з певною ймовірністю пов'язують із результатами реалізації національних програм «Діти України», «Планування сім'ї», державної програми «Репродуктивне здоров'я нації», впровадженням новітніх перинатальних технологій та інших заходів, які спрямовані на зміцнення здоров'я нації на загальнодержавному та регіональному рівнях.

Водночас в Україні констатують зростання первинної захворюваності серед дітей 7-14 років. За п'ять років (2007-2011 рр.) показник став вищим на 12,6% до 1348,9 на 10 тис. населення. Питома вага травм і отруєнь складає в її структурі 5,1%. Вони випереджають хвороби шкіри та підшкірної клітковини і знаходяться на другому місці після хвороб органів дихання, яким належить перше рангове місце. Занепокоєння викликає також зростання захворюваності серед підлітків – по Україні її рівень за вказаний період зріс на 18,0% до 12189,9 на 10 тис. населення у 2011

році. На третьому місці в структурі знаходяться травми та отруєння (5,7% після хвороб органів дихання та шкіри (55,7% та 6,5% відповідно). Необхідно зазначити, що зростання захворюваності відбувається у вікових групах 7-14 та 15-17 років, які співпадають із періодом навчання в школі. Зазначене свідчить, наскільки актуальним є питання здоров'я учнів і обґрунтовує нагальну потребу у формуванні здорового способу життя, актуалізації мотивації для цього, а також розширення спектра профілактичних заходів та удосконалення методів їхнього впровадження в навчальний процес. Таким чином, наведені дані підтверджують необхідність та своєчасність вивчення питання шкільного травматизму і є безпосереднім доказом доцільності цього дослідження.

У даних, що містяться у «Всесвітній доповіді ВООЗ і ЮНІСЕФ з профілактики дитячого травматизму» (2008), щодоби у світі внаслідок нещасних випадків гине 2270 дітей, а декілька десятків мільйонів потрапляють до лікарень із травмами різного ступеня тяжкості. Вони стають основною причиною смерті дітей старших 9 років, 95% з яких припадає на країни, що розвиваються. Не дивлячись на суттєве підвищення заходів профілактики щодо дитячого травматизму, в останні роки в розвинених країнах цей показник становив 40% [13, 36, 87, 175, 203, 218, 222, 224].

Аналіз інформаційних джерел свідчить, що більшість публікацій з питань дитячого травматизму присвячена дорожньо-транспортному, тоді як на нього в структурі травматизму припадає лише 3-6%. Водночас до найбільш поширених належать побутові, вуличні та шкільні, частка яких разом становить 80-86%, що співпадає з даними в Україні [10, 19, 45, 83, 92, 122].

Окремої уваги в аспекті нашої наукової роботи потребує публікація І.Федіної зі співавторами (2016) [185]. Науковці вказують на суттєве збільшення травматизму серед дітей та підлітків, звернення яких з приводу травм упродовж останніх 10 років зросли на 11% та 20% відповідно. Аналіз показників травматизму школярів виявив їх взаємозв'язок із інтегральними показниками умов та режиму навчання в школах ($r=0,64$, $r=0,53$ відповідно), а також з недостатньо сформованою матеріально-технічною базою ($r=0,56$). Аналіз структури травматизму показав, що специфічних

шкільних травм практично не існує. Вони є подібними і можуть трапитись усюди, проте частіше виникають під час перебування в школі. Найчастіше місцями отримання травм є спортивні зали на уроках фізичної культури, навчальні класи – на уроках праці, хімії, фізики та під час перебування на перерві [200, 210]. За таких умов причини шкільних травм певним чином є наслідком недосконалої організації проведення уроків, порушень правил безпеки, у тому числі через недостатній нагляд за учнями з боку персоналу школи. За характером ушкоджень більшість авторів вказує на перевагу поверхневих (забої, гематоми, синці – до 64,7%). Найбільш небезпечним віком з точки зору розвитку шкільних травм вважають дітей 7-11 років, на них припадає до 32% випадків та понад 39% летальних наслідків [82, 85, 93, 179, 188].

Продовжуючи тему, вартим уваги в аспекті дослідження, що проводилось, є дані офіційної статистики стосовно нещасних випадків серед школярів під час навчально-виховного процесу та проведення тих чи інших заходів [45, 54-55, 191]. Так, за чотири роки травми отримало 0,2% дітей від загальної кількості учнівської молоді. Не менш важливими виявилися дані за результатами аналізу причин нещасних випадків. Автори наголошують на їх стабільності і наводять конкретну структуру, висновок якої вказує на високий рівень травматизму під час перерви, у тому числі з часу початку та закінчення занять (заходів) – 46-51%; на другому місці – заняття з фізичної підготовки (17-20%), потім екскурсії, прогулянки, походи тощо (9,4-14%). Звертає на себе увагу питома вага травм, отриманих у процесі навчальних та виховних занять, що проводилися в рамках освітньої програми (7,9-8,7%). На змагання та тренування припадає 5,4-8,3%; в інших місцях нещасні випадки не перевищують 1-2% від загальної кількості травмованих. Автори при цьому стверджують, що абсолютна більшість травм є результатом незадовільної організації навчально-виховного процесу, трудової та виробничої дисципліни [2, 11, 16, 29, 40, 72, 100, 202, 215].

На значні негативні зміни в стані здоров'я дітей вказує у своїй роботі й О.Теппер [180]. Він наголошує на зростанні розповсюдженості функціональних відхилень та хронічних хвороб з найбільшою їх вираженістю в період навчання в

школі. У Росії, за даними профілактичних медичних оглядів, частка здорових дітей та підлітків знизилась за 10 років у 1,5 раза – з 47 до 32%, а згідно з окремим спеціальним дослідженням вона не перевищує 2-3%. Низька фізична активність, яка вже в дитячому віці формує патології серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату, притаманна 80% школярів. Частка дітей-інвалідів у віці до 17 років досягає 2% від загальної чисельності дитячого населення, а до 15 років – 75% [112, 127, 176, 188]. С.Няньковский зі співавторами (2012) у своїй публікації стверджує, що стан здоров'я учнів загальноосвітніх шкіл насторожує і потребує посиленої уваги [89, 142]. Автори зазначають, що на тлі удосконалення навчально-матеріальної бази навчальних закладів стан здоров'я учнів не покращується, а навіть погіршується до закінчення навчання в школі. Зокрема, О.Теппер та Т.Таранушенко (2013) наголошують, що впродовж навчання в школі діти переживають три критичних періоди розвитку, коли діапазон адаптаційних реакцій обмежений, а чутливість організму до різних впливів підвищена [180]. До таких періодів у першу чергу належить початок навчальної діяльності, тобто коли діти потрапляють до першого класу, другий – перехід до предметного навчання, третій – співпадає з переходом до старшої школи (10-11 класи). Під час цих критичних періодів можливе як активне формування, так і втрата основних параметрів здоров'я. При цьому серед дітей, які починають навчання з шести років, відмічають більш високий рівень захворюваності. Варто зазначити, що поширене зараз дошкільне навчання дітей п'ятирічного віку в умовах дитячого садочка за програмою підготовчих груп супроводжується зростанням рівня невротизації дітей до 74%, що співпадає з результатами у першокласників [14, 24, 37, 62, 80, 120, 141, 199, 219].

Суттєве значення для проведення заходів безпеки серед учнівської молоді, просвітницької профілактичної діяльності щодо шкільного травматизму має такий чинник ризику, як вік. Це пояснюється підвищеною емоційністю і недостатньою здатністю до самоконтролю. За даними літератури найбільш вразливими є діти шести, одинадцяти, дванадцяти та чотирнадцяти років [35, 60, 91, 105, 201, 208]. У критичні вікові періоди життя вони проявляють дратівливість, частіше конфліктують і негативно ставляться до вимог, проявляючи впертість. Крім того,

для зазначеного віку характерним є відсутність самокритики, переоцінка власних можливостей. Тобто психологічний аспект проблеми досить часто виступає провідним мотивуючим моментом, який потрібно враховувати при плануванні і проведенні різноманітних заходів задля попередження шкільного травматизму. Автори відзначають, що високий відсоток повторних травм спостерігається переважно у віці від 7 до 10 років. Пояснюючи цей факт, вони посилаються на складність перебування та зниження пристосування до нових умов у перші роки навчання в школі, у тому числі до підвищеного фізичного та розумового навантаження. До цього ж більшість вітчизняних авторів вважає, що особистісні якості розвиваються та формуються під безпосереднім впливом соціального оточуючого середовища [88, 91, 100, 111, 115, 146].

Травматизм є серйозною проблемою громадського здоров'я в усьому світі. Багатоаспектні його причини носять взаємопов'язаний характер, що потребує широкомасштабних стратегічних рішень. Соціальна значимість шкільного травматизму виділяє його з-поміж інших видів, а певні особливості цієї проблеми наочно свідчать, що її вирішення знаходиться на межі традиційної медицини, яка володіє знаннями щодо безпосередніх заходів допомоги та педагогічних наук, які оперують принципами викладання, тобто знають, яким чином і кого треба навчати, аби попередити травматизм, бо він переважною більшістю авторів сприймається як феномен, який виходить за рамки медицини, включає також порушення морально-етичного статусу особистості, що призводить до розладу психічного та соматичного здоров'я [13, 21, 94, 108, 178, 197, 202]. Гуманістичний характер цієї проблеми проявляється в потребі виховання відповідального ставлення не тільки до власної безпеки життєдіяльності, а й збереження здоров'я інших людей. У зв'язку із зазначеним разом із викладанням комплексу знань з безпечної поведінки в традиційному плані необхідні обґрунтовані методологічні підходи педагогічної впливовості, спрямованої на безперервну переорієнтацію та віково-індивідуальну особистість дітей [106-107, 128, 213].

Викладене дозволило прийти до висновку, що покращення поінформованості молоді з питань охорони здоров'я, формування стійких стереотипів здорового

способу життя дозволить певною мірою вплинути на рівень захворюваності дітей шкільного віку [32, 57, 134, 149, 155, 207, 209].

У публікаціях таких науковців, як О.Милушкіна, Н.Бокарева (2013), В.Потапова (2011) простежується думка, що негативна динаміка захворюваності дитячого населення відображає глибокі соціально-економічні процеси, які спостерігаються в епоху глобалізації і серйозних економічних та соціальних перетворень із притаманним їм погіршенням харчування, умов життя, матеріальної забезпеченості, зростанням психоемоційного навантаження. Також слід відмітити, що прогалини в системі освіти та охорони здоров'я опосередковано призводять до погіршення стану здоров'я. Крім того, у літературних джерелах звернено увагу на наступне. Зокрема, згідно з даними А.Шумських, Р.Рахманова (2013), О.Милушкіної, Н.Бокаревої (2013), які вивчали вплив ендогенних та екзогенних факторів на формування морфофункціонального стану дітей і підлітків, встановлені достовірні його зв'язки із низькою рухливою активністю, тривалим контактом з технічними засобами (комп'ютерами, мобільними телефонами, смартфонами, планшетами тощо), з високими навчальними навантаженнями, несприятливим екологічним середовищем та рівнем санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також поширенням шкідливих звичок серед школярів. Тобто виявлені особливості морфофункціонального стану сучасних учнів у вигляді збільшення антропометричних показників із прискоренням біологічного розвитку на тлі суттєвого зниження м'язової сили і фізичної підготовки також потребують оптимізації профілактичної роботи в загальноосвітніх установах, що узгоджується з концепцією цієї роботи [109, 168, 174, 195].

Водночас М. Віленський (1994), Г. Миргородська (2016) зазначають, що безвідповідальне ставлення молодого покоління до власного здоров'я зумовлене відсутністю просвітницької роботи, яка не має системного та цілеспрямованого напрямів [33, 118]. Занепокоєння викликає не сформованість стійкої мотивації до тривалого ведення здорового способу життя, відсутність необхідних знань та переконань у необхідності їх отримання, неспроможність зменшити вплив факторів, що позначаються на стані здоров'я. Підсумовуючи наявність чималої кількості

конкретних причин низького рівня стану здоров'я молоді, багато авторів фокусують увагу на відсутності його пріоритету і мотивації до ЗСЖ та основ здоров'я [77, 103, 118, 143, 167, 216, 221, 225].

З позиції визнання провідної ролі психологічного стану серед причин шкільного травматизму А.Прієшкіна, С.Жукунов (2016) та інші автори виділяють декілька типів небезпечних ситуацій, що за своєю суттю складають базову основу при розробці принципів профілактики та заходів щодо їх попередження або мінімізації [151, 181]. Вони виглядають наступним чином. До першого типу належить порушення мотиваційної частини дій, що проявляється в небажанні дотримуватись правил власної безпеки. Вони виникають у разі недооцінки ступеня небезпеки, схильності до ризику і потребують спеціальних заходів усунення. До другого – порушення мотиваційної складової дій, які можуть минати з часом. Третій тип – це порушення орієнтовної частини, що проявляються відсутністю знань норм та способів забезпечення безпеки. Порушення виконавчої складової належить до четвертої, останньої із ситуацій, які розглядаються. Вони логічно пов'язані з невиконанням відповідних норм, правил та інструкцій безпечної поведінки. Як зазначалося вище, представлений розподіл психофізіологічних причин дозволяє обґрунтувати засоби їх нівелювання, він співпадає з основними позиціями профілактичної медицини. Для зміни ситуації на краще необхідно здійснювати роботу із пропаганди, виховання, обізнаності та освітньої діяльності з питань безпечної поведінки [149, 161, 182, 223].

У результаті аналізу інформаційних ресурсів отримано підтвердження про існування основних положень щодо формування здорового способу життя. Вони носять системний характер і включають мотиваційний, когнітивний, діяльнісний та технологічний принципи [51, 95, 184, 196]. В аспекті системного підходу передбачається взаємозв'язок дій, поєднаних спільною метою, досягнення якої потребує єдиних організаційно-управлінських рішень. Вони вимагають цілеспрямованих зусиль щодо вибору шляхів втілення їх в життя. Ознаками технологічного підходу є постановка конкретних завдань із визначенням методологічного підходу до нових принципів навчання, що базуються на основі

сумісної діяльності фахівців різних спеціальностей із учнями. Компетентнісний підхід означає ступінь готовності особистості адекватно реагувати в різноманітних ситуаціях. Самореалізація, як персоніфікована ознака, ґрунтується на виявленні та розвитку наявних можливостей. [144, 173, 214]. Завдячуючи цьому створюється стійка мотивація до здоров'язбереження, самовизначення особистості в дотриманні здорового способу життя, що озброює засобами й методами, які забезпечують фізичне та психологічне благополуччя школярів. При проведенні заходів профілактичного спрямування та виборі методів їх забезпечення обов'язково потрібно враховувати вікові та індивідуально-психологічні особливості дітей [22, 118, 145, 166, 189, 211, 227].

У переважній більшості публікацій з цієї проблеми автори наголошують, що тільки за цілеспрямованої та системної діяльності усіх владних, громадських, суспільних структур на міждисциплінарному рівні із залученням, у першу чергу, медичних та педагогічних працівників, членів родини можна успішно розв'язувати вкрай актуальну проблему зміцнення фізичного, психічного, духовного здоров'я учнів та формування їхньої культури здоров'я [59, 86, 95, 102, 118, 171, 208]. Однак, на відміну від сфери охорони здоров'я, у сучасній педагогічній науці з питань здоров'язбережувальних технологій ще не напрацьований повною мірою теоретичний матеріал та методики навчання елементів основ збереження здоров'я. Виникає нагальна соціальна необхідність у створенні стійкої мотивації до ведення здорового способу життя, а разом з нею й потреба в розробці науково обґрунтованих принципів, практичних управлінських рішеннях, рекомендацій, технологій формування культури здоров'я серед учнівської молоді, адже аналіз причин нещасних випадків свідчить, що більшість з них можливо було попередити. Профілактична робота буде ефективнішою, якщо до неї залучити родину та громадськість. Це означає, що вони не тільки повинні мати чітке уявлення щодо причин нещасних випадків та заходів по їхньому попередженні, але й спроможні були б, у випадках необхідності, правильно надати першу допомогу [49, 158, 160, 205].

При плануванні профілактичних заходів щодо шкільного травматизму потрібно керуватися двома основними принципами, як-от: чітко налагоджена організація трудового процесу та на високому рівні освітньо-виховна робота. Разом з тим принципи організації профілактики дитячого травматизму мають, як правило, абстрактний характер, оскільки ґрунтуються на загальних порадах та рекомендаціях і не забезпечують по суті первинної профілактики. Школа з початкових класів повинна закласти учням основи знань щодо самозбереження, при цьому важливим є поєднання розвитку самостійності з вихованням відповідальності за безпечну поведінку.

У літературних джерелах існує багато трактувань поняття «культури здоров'я» [43, 56, 110, 169, 197]. Серед них виділяємо найбільш прийнятну та близьку нам. Зокрема, О. Ахвердова і В. Магін (2014) сприймають її як інтеграцію когнітивно-мотиваційного, емоційного та комунікативно-вольового компонентів [11, 16, 118]. Приєднуємось до їх погляду і вважаємо, що наступні критерії відповідають суті процесу, які обумовлюють формування культури здоров'я. Так, когнітивний компонент дає розуміння необхідності здоров'я та поповнення обсягу знань про нього; мотиваційний - допомагає визначитись у способі життя, що є головною умовою загальної культури особистості, а валеологічна поведінка виступає запорукою його реалізації; емоційний - забезпечує стійкість, подолання труднощів на позитивному фоні; комунікативно-вольовий - формує комунікативну толерантність, пошукову активність; вольовий – це прагнення до саморозвитку, самовдосконалення, регуляції поведінки і досягнення мети через подолання труднощів.

Варто зазначити, що феномен «культура здоров'я» деякі автори представляють у вигляді структурно-функціональної моделі. Нам імпонує такий підхід. Наводимо її складові, які висвітлюють у своїх роботах О. Муравйов (2010) та Г.Миргородська (2016) [118, 128]. До них належать фізичний, психічний, духовно-моральний, а також соціальний аспекти здоров'я особистості. Автори включають до моделі такі компоненти: ідентифікація рівня власного фізичного та психічного здоров'я, володіння досить високим рівнем функціональної грамотності,

особистісної реалізації; усвідомлення особою соціуму та достатньої взаємодії з оточенням; розуміння та особистісне ставлення до здоров'я як до найвагомішої людської цінності та запоруки успішної професійної реалізації [1].

У плані виконання цієї роботи, з точки зору необхідності не тільки розуміння, але й активного донесення відповідних знань з питань здорового способу життя, у тому числі безпечної поведінки, у першу чергу, до учнівської молоді, варта уваги концептуальна модель культури здоров'я, яку запропонував В.Горащук (2005) [43]. Вона складається з трьох компонентних блоків: програмно-змістового, потребнісно-мотиваційного й діяльнісно-практичного. В широкому розумінні перший включає систему знань з різних аспектів питання, другий – усвідомлення цінностей здоров'я, основу яких складають потреби та мотивація, третій – оволодіння оздоровчими технологіями та їх дотримання.

Приєднуючись до єдиної думки фахівців різного профілю та враховуючи об'ємне поняття, що включає в себе «культура здоров'я», наголошуємо, що формування її залежить від різноманітних чинників та умов, а також від зовнішніх і внутрішніх обставини. Звідси стає очевидним, що практично рівнозначна частка належить медичним працівникам, педагогічним кадрам, батькам та громадськості. Як свідчить реальна ситуація, усі ланки діяльності потребують науково-методичного забезпечення, удосконалення теоретичної і методичної підготовки, проте більшість науковців стверджує, що немає єдності у формуванні основ здоров'я учнів: відсутня цілісна здоров'язберігаюча система організації освітнього процесу [47, 118, 170, 193].

В умовах сьогодення модернізація шкільної освіти неможлива без консолідації професійних зусиль медиків, педагогів, психологів в реалізації її здоров'язберігаючої спрямованості. Упродовж останніх років велика увага медичних працівників, у тому числі гігієністів, приділяється санітарним правилам та нормам у навчальних закладах, розробляються методичні рекомендації, що дозволяють при їх дотриманні до мінімуму знизити вплив на дітей та підлітків негативних факторів, які виникають у процесі виховання, навчання та відпочинку [162]. У цьому аспекті варто вказати й на міжнародні інновації. Так, європейським

регіональним комітетом ВООЗ прийнята Європейська стратегія «Здоров'я і розвиток дітей та підлітків» (2008), що покликана сприяти країнам Європи у створенні відповідних власних стратегій та програм. У документі підкреслюється необхідність удосконалення програм щодо підвищення якості профілактичних медичних оглядів дітей. Автори Л.Скоббі, Д.Діксон пропонують для цього використовувати ефективні технології диспансерного спостереження дітей та підлітків, посилювати активний огляд, здійснювати повноцінну профілактику та корекцію порушень здоров'я в умовах навчальних і лікувально-оздоровчих установах, що неможливо без поєднання сучасних оздоровчих, корекційних та реабілітаційних заходів [221]. Зазначене вимагає в першу чергу цілеспрямованих дій на мінімізацію впливу факторів ризику навколишнього середовища, навчально-виховного процесу, способу життя, що формують захворюваність дітей та підлітків [96, 133, 153-154, 172, 187, 217]. Медико-соціальні та навчальні заходи, що плануються, повинні враховувати регіональні особливості, розглядати і нівелювати весь спектр факторів ризику, що є характерними для окремої території [100, 119, 172, 187]. Реалізація широкого комплексу заходів із забезпечення формування серед дітей та підлітків стійких стереотипів здорового способу життя не може бути здійснена без підвищення рівня знань членів родини, педагогів, медичних працівників і, безумовно, безпосередньо самих учнів [16, 29, 50, 78, 117, 206].

Як уже зазначалось, фактори ризику навколишнього середовища суттєво впливають на розвиток та стан здоров'я дітей організованого колективу, тому цілком виправданою вважаємо позицію О.Богомолової та співавторів (2011), які стверджують, що вирішення проблеми диктує необхідність виявлення причинно-наслідкових зв'язків між вагомими медико-соціальними, еколого-гігієнічними факторами та показниками здоров'я на основі системного підходу з оцінкою вкладу окремих чинників на формування відхилень у здоров'ї учнів [17]. Вказане набуває ще більшого значення, якщо враховувати, що підлітковий вік, з огляду психосоціального та фізіологічного розвитку, належить до критичного періоду розвитку організму, якому притаманна підвищена вразливість та функціональна нестабільність [80, 108, 135, 148].

Суттєвий вплив на здоров'я дітей має існуюче порушення гігієнічних вимог щодо режиму навчально-виховного процесу. Підвищене навантаження та інтенсифікація освіти сприяють розвитку хронічної втоми, нервово-психічних розладів, вегето-судинних порушень і нейроциркуляторних дистоній у школярів [125, 150, 156]. За даними дослідників, результати вивчення психофізіологічного статусу учнів засвідчили, що в динаміці до другого року навчання в старшій школі їх стало менше із початковою стадією хронічної втоми з одночасним зростанням частки дітей із помітною (з 6,7% до 17,6%) та вираженою (з 4,0% до 27,5%) стадіями [70, 116, 159, 165, 194].

Результати аналізу наукових здобутків тих чи інших авторів, дисертаційних робіт присвячених проблемам здоров'я дітей, у яких простежується несприятлива його динаміка, поширеність як хронічних хвороб, так і травм та отруєнь, свідчать про необхідність активного пошуку та впровадження ефективних здоров'язберігаючих технологій. У центрі стратегій профілактики та оздоровлення знаходиться оцінка рівня здоров'я учнів. Відсутність реальної пріоритетності проблеми збереження здоров'я школярів у загальноосвітніх навчальних закладах більшою мірою зумовлене недостатністю актуальних теоретичних та практичних напрацювань зі здоров'язберезувальних технологій. Пріоритетними є заходи з розробки навичок захисту від шкідливих звичок, санітарно-просвітницька робота, що висвітлює принципи здорового способу життя. Школі належить важлива роль у реалізації зазначених стратегій, а саме: у просвітницькій діяльності з метою формування свідомості кожної особистості, наданні необхідних для життя знань та, що не менш важливо, веденні здорового способу життя. Навчальний процес у закладі шкільної освіти передбачає не тільки навчання та виховання, а й оздоровлення учнів, адже саме здоров'я та його якість визначатимуть конкурентоспроможність молоді України в XXI столітті [98, 118, 122].

У роботах С.Іванової (2016), Г.Семенової (2017) та інших авторів, в яких проводився аналіз педагогічної практики, відмічається відсутність або недосконалість у закладах освіти спеціально організованої викладацької діяльності з формування культури здоров'я учнівської молоді [7, 43, 72, 104, 118, 186]. Крім

того, об'єктивізуючи ситуацію, вони зазначають, що педагогічна спільнота постійно шукає шляхи збереження здоров'я школярів, підвищуючи ефективність своєї праці [140]. Хочеться відмітити розуміння педагогами власної відповідальності щодо фізичного, соціального та психологічного благополуччя своїх учнів та їх готовність, за наявності розроблених інноваційних технологій, активно включитися у формування культури здоров'я підрастаючого покоління. Особливої уваги в контексті зазначеного набувають принципи безпечної поведінки, яким належить одне з центральних місць у системі комплексу критеріїв, що визначають здоровий спосіб життя. Дотримання таких принципів забезпечує не тільки самозбереження особистості, але й повною мірою стосується людей, які її оточують.

На фоні бажання і здатності педагогів передавати знання та навички ведення здорового способу життя виникає потреба в їхній підготовці. Не применшуючи ролі владних, суспільних та громадських організацій, на перший план виступає тісний зв'язок між учителями, медичними працівниками та членами родини. Окреслений трикутник слід визнати реальною базовою основою зазначеного процесу. Невід'ємними його елементами, як відмічають автори, є об'єктивність, ефективність, надійність та достовірність [157, 190]. Організаційно-структурні та змістовні перетворення в освітній сфері сприятимуть розвитку вказаних функцій. Вони є необхідними з огляду на досвід учителів, який дозволяє їм стверджувати, що адаптація організму школяра до зміни соціальних умов спочатку мобілізує приховані ресурси, а потім відбувається зрив за рахунок виснаження потенціалу організму, що може привести не тільки до розвитку захворювань, але й до зниження психоемоційних резервів, які обумовлюють поведінкові порушення і разом з цим виступають мотивуючим чинником травматизму, у тому числі й шкільного. Таким чином, серед учнів загострюється необхідність адаптації до нових умов спілкування з оточуючими [76].

Одним із важливих на сьогодні питань з точки зору формування культури здоров'я, що має відбуватися впродовж усього періоду навчання, є створення єдиного підходу щодо зміцнення й збереження здоров'я дітей. Разом з тим результати аналізу літератури засвідчили недостатню увагу педагогів до цієї

проблеми, що пов'язано переважно із відсутністю спеціальних технологій, націлених на формування мотиваційно особистісної компоненти в учнів та за не належного використання інтегрованого підходу до зростання поінформованості ЗСЖ [9, 51, 61, 96, 118, 204].

На сьогодні ще не сформовано остаточне поняття культури здоров'я як мети педагогічної діяльності закладу освіти, що унеможливило на сучасному рівні в повсякденній освітній практиці використовувати належною мірою вже існуючі доробки.

Цінність виховних програм у якості засобів профілактики травматизму є предметом активних обговорень, оскільки йдеться про необхідність зміни поведінки індивідуумом, тому автори, при оцінці їх ефективності, віддають перевагу комплексному підходу, який передбачає комбіноване використання різнобічних методів, засобів та доробок фахівців різних споріднених спеціальностей, які зацікавлені цією проблемою.

На основі проведеного аналізу наукової літератури можна зробити аргументований висновок, що здоров'я учнів, яке прямо пов'язане з дотриманням здорового способу життя, виходить за рамки суто медичної проблеми. Гармонійний їх розвиток, у тому числі фізичних якостей та дотримання безпечної поведінки знаходиться також у площині впливу педагогічних працівників у навчальних закладах та виховання в родині [134, 147, 159, 203]. При цьому увага фокусується на підвищенні мотивації, оновленні змісту програм компетенціями із валеології, використанні інтерактивних засобів навчання. Для такої роботи передбачається залучення як учнівських груп, так і проведення її на індивідуальному рівні.

Як стверджують Г.Суржок (2015), В.Кучма (2017) та інші автори, школяр повинен мати чітке розуміння та стійку мотивацію щодо бережного ставлення до особистого здоров'я і оточуючих та суспільства в цілому. Він повинен уміти розставляти пріоритети вагомості здоров'я й здорового способу життя [96, 103, 112, 177]. Мотивація до зміцнення й збереження здоров'я потребує знань про особливості будови організму людини та основи здоров'я – дотримання режиму дня (повноцінний сон, прогулянки, здорове харчування), зміну активного та розумового

навантаження, про безпечну поведінку в побуті, на вулиці, у школі, суспільстві та про шкідливі звички; володіти культурно-гігієнічними вміннями, навичками самообслуговування, активно займатися фізичною культурою; вміло використовувати знання з профілактики захворювань; вміти взаємодіяти із ровесниками та дорослими щодо збереження здоров'я [9, 23, 61, 118, 170, 220].

Таким чином, аналіз проведеного дослідження щодо дитячого травматизму та існуючих методів його профілактики підтвердило актуальність вивчення даної проблеми, що дало можливість у подальшому виконанні цієї роботи обґрунтувати конкретні управлінські рішення, удосконалити організаційні заходи зі створення здоров'яформуючого, здоров'язберігаючого та інформаційно-просвітницького оточення, до кола якого входять лікарі різних спеціальностей, педагоги, фахівці інших споріднених професій. Зменшення травм, попередження їх виникнення стане його загальною метою з кінцевим результатом – збереження та зміцнення здоров'я дитячого населення.

Необхідність невідкладної підтримки, а з часом удосконалення існуючих програм, а також розробки нових широкомасштабних заходів, спрямованих на збереження та покращення здоров'я дитячого населення, не викликає сумніву. Вона обумовлена реальністю ситуації, що спостерігається в Україні. Вирішення найважливішого, стратегічного для країни завдання потребує володіння достовірною доказовою базою для визначення найбільш соціально значимих напрямів впливу для термінового одержання позитивних змін [99, 139]. Вибір його обґрунтовується за даними структури первинної захворюваності дитячого населення. Динаміка вивчення актуалізує групу хвороб за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин», питома вага яких зростає і входить до трійки лідируючих причин на більшій території України [100, 121, 125, 133]. За таких умов очевидною стає потреба спрямування зусиль на профілактику травм у зазначеній віковій категорії за допомогою деталізованої програми.

У численних публікаціях з окресленої проблеми чітко простежується необхідність дотримання загальних принципів профілактики. Вони полягають у тому, що будь-яка система профілактики повинна включати декілька підсистем,

об'єктом яких є соціум, колектив, родина. Вона має передбачати формування в кожній групі учасників освітнього процесу стійких навичок безпечної поведінки в процесі життєдіяльності (навчальній, позаурочній, трудовій) відповідно до вимог законодавства та інших нормативно-правових актів у галузі безпеки загальноосвітніх закладів. Основна мета запобігання травматизму в школярів – створення комплексної системи профілактики дитячого травматизму, спрямованої на формування культури безпечної життєдіяльності. До переліку завдань, вирішення яких забезпечує реальне втілення системи в життя, входять: виховання відповідального ставлення до власної безпеки; формування стійких навичок безпечної поведінки в школі, побуті, на дорогах; розробка та впровадження нових сучасних технологій управління діяльністю з профілактики шкільного травматизму; виховання навичок культури спілкування та відповідних норм етики взаємовідносин.

Комплекс програмних заходів щодо запобігання травматизму в школярів вимагає залучення різних видів та форм діяльності, а саме: інструктування з техніки безпеки тих, хто навчається; з охорони праці співробітників; організація та проведення індивідуальних та групових бесід, навчальних семінарів, зустрічей із співробітниками Державної служби безпеки дорожнього руху та поліції; участь у творчих конкурсах з профілактики шкільного травматизму, в тому числі із залученням сучасних технологій; перегляд відеофільмів з відповідної тематики; впровадження сумісних заходів щодо дій під час надзвичайних ситуацій; організація та проведення батьківських зборів з метою профілактики безпечної поведінки дітей, створення інформаційного простору щодо відповідальності батьків за безпеку власних дітей; організація та проведення сумісних заходів із закладами охорони здоров'я [1, 118].

За результатами аналізу наукових джерел виявлено недостатність комплексних наукових досліджень щодо імплементації в Україні нових функціонально-організаційних форм попередження випадків травм серед учнівської молоді на основі міждисциплінарного поєднання за підтримки зусиль медичної і

педагогічної спільнот та безпосередньої участі членів родини і, власне, самих учнів, а також із врахуванням регіональних особливостей.

Зазначене окреслило доцільність наукового обґрунтування, розробки та впровадження удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні, що й визначило напрям цього дослідження, його мету і завдання.

РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Програма та матеріали дослідження

Аналіз інформаційних ресурсів з проблем здоров'я дитячого населення дозволив виявити, що серед причин його погіршення, крім поширення хронічних та гострих інфекційно-запальних захворювань, суттєве місце належить травматизму. Варто зазначити, що вказаний аспект недостатньо широко висвітлюється в літературі. Публікації носять більш фрагментарний характер, а з його різновидів інформація переважно присвячена дорожньо-транспортному. Разом з тим в останні роки все частіше своєї гостроти набуває актуальність шкільного травматизму. Привертає увагу не тільки зростання випадків, що підкреслює медичний аспект питання, але й сам факт його наявності в навчальному закладі, в оточенні, по суті, педагогічного та учнівського колективів. У результаті актуалізується серйозна соціальна складова проблеми.

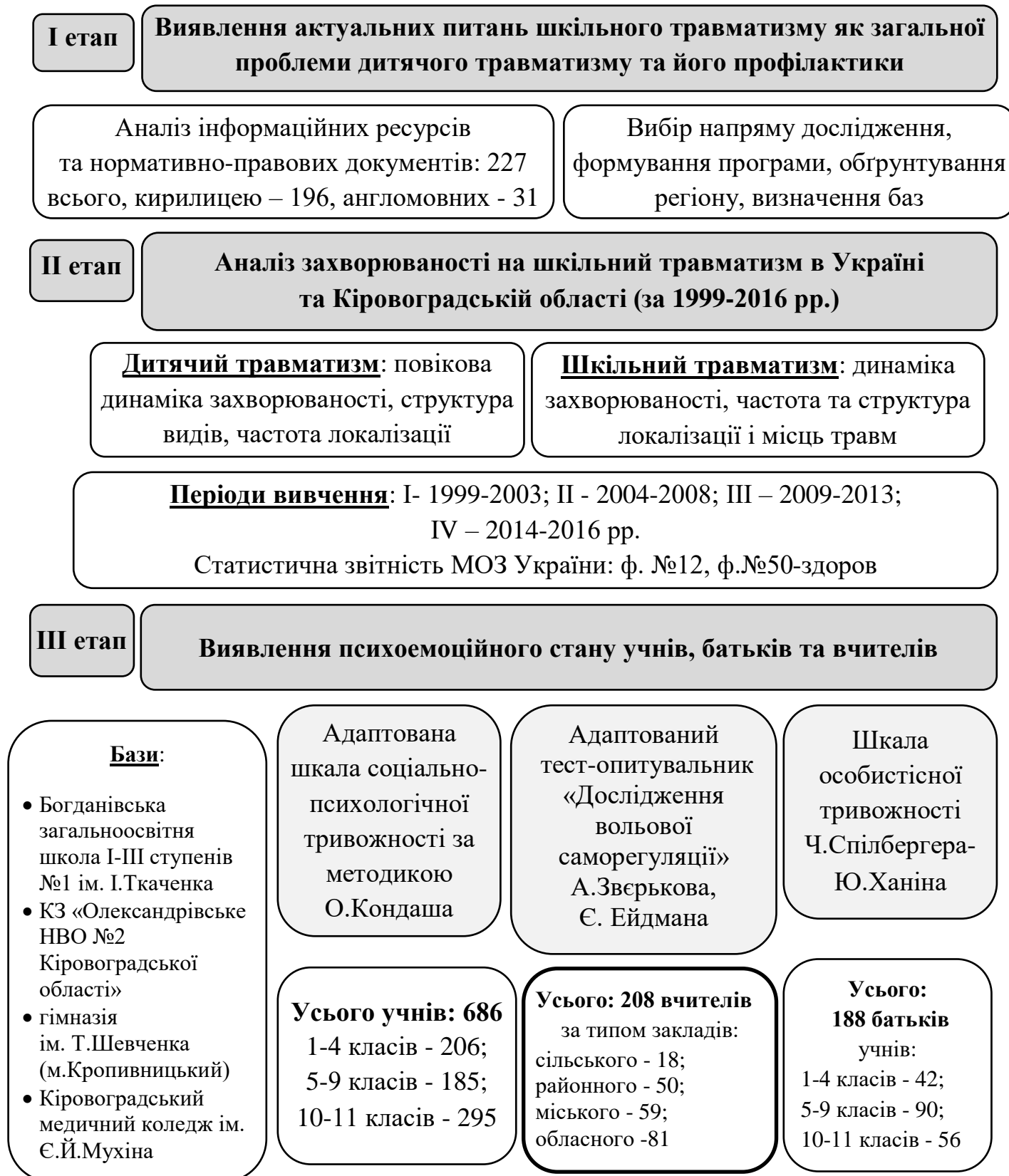
Викладене стало передумовою визначення робочої гіпотези дослідження. Вона полягала в припущенні, що формування безпечної поведінки учнівської молоді відбуватиметься результативніше, якщо удосконалити модель профілактики, зокрема шкільного травматизму, залучити на міждисциплінарному рівні до процесу сучасні наукові підходи та принципи на основі оновлення змісту навчання валеологічним компетенціями за рахунок застосування інноваційних медико-педагогічних технологій, що спонукає до підвищення мотивації і дотримання правил культури здоров'я.

Отже, практична реалізація гіпотези передбачає: визначення перспективних напрямів у досягненні мети, що потребує різнопланової реалізації зв'язків як горизонтальної, так і вертикальної організаційно-управлінської спрямованості, за якими буде здійснюватись збір, когнітивний аналіз, систематизація фактів стосовно здоров'язберігаючої поведінки учнів; обґрунтування положень удосконаленої

моделі профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні; виявлення умов її реалізації із впровадженням та доведенням ефективності.

Таким чином, стало можливим обґрунтувати і розробити спеціальну програму для досягнення мети дослідження (рис. 2.1).

Рис. 2.1. Програма, етапи та методи дослідження



Продовження Рис. 2.1. Програма, етапи та методи дослідження

**IV
етап**

Вивчення рівня обізнаності, готовності, потреби дотримання здоров'я зберігаючої поведінки учнями; готовність і здатність вчителів до формування у школярів безпечної поведінки; обізнаності та розуміння батьками необхідності дотримання культури здоров'я власними дітьми

Авторські варіанти анкет-опитувань щодо критеріїв вивчення:
мотиваційно-ціннісний; особистісний; пізнавальний, практичний

**V
етап**

Обґрунтування та розробка удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів

**VI
етап**

Оцінка ефективності моделі

Організаційний експеримент

Впровадження результатів дослідження

Експертна оцінка (62 експерти)

Анкета

щодо визначення сформованості компонентів готовності учнів до безпечної поведінки та підготовки батьків, вчителів до роботи із школярами щодо здоров'язбережувальних технологій

Накази:

1. Спільний наказ №943/220/92/567-од/1430 від 09.08.18 р «Про створення НТЦ»
2. Наказ Кіровоградського медичного коледжу ім.Є.Й.Мухіна №213 від 10.05.18 «Про створення Школи юних медиків»
3. Наказ Кіровоградського медичного коледжу ім.Є.Й.Мухіна № 335/1 від 01.10.2018 «Про внесення змін в програму занять на курсах удосконалення медичних сестер закладів освіти»

Публікації:

статті: 12
тези: 4
виступи: 7

Організаційний експеримент:

усього: 313, в т.ч.

учнів - 213,
батьків - 50
вчителів - 50

Методичне забезпечення:

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Системного підходу I-V | 5. Медико-статистичний II, III, IV, VI |
| 2. Бібліосемантичний I | 6. Експертних оцінок VI |
| 3. Соціологічний III, IV | 7. Описове моделювання V |
| 4. Епідеміологічний III | 8. Організаційний експеримент VI |

Вона складається із шести організаційних етапів. Послідовність її виконання у своєму взаємозв'язку обумовило необхідність системного підходу для отримання повноцінної інформації щодо всебічної оцінки об'єкту дослідження. Були визначені при цьому наукові бази дослідження і методичний інструментарій його проведення.

Територією для проведення дослідження стала Кіровоградська область. За кількістю дитячого населення у вікових групах 0-14 та 15-17 років вона є типовою для 30% областей, такою вона є й відносно України в цілому з розподілом за статтю та місцем проживання, а саме: в області 61,0% та 39% дитячого населення – мешканці міст та сіл проти 65,8% та 34,2% в Україні відповідно; 51,3% та 48,7% - чоловічої та жіночої статі проти 51,4% та 48,6% відповідно по країні.

Базовими для вивчення стану питання було обрано чотири навчальних заклади за різною їх територіальною приналежністю (сільського, районного, міського та обласного підпорядкування). До складу увійшли: Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 імені І.Г.Ткаченка, КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області», гімназія імені Т.Г.Шевченка (м. Кропивницький) та Кіровоградський медичний коледж імені Є.Й.Мухіна (договори про співпрацю, додаток Р).

Для виявлення вікових особливостей виділили три вікові групи школярів: учні молодшої (1-4 класи), загальної (5-9 класи) та старшої (10-11 класи) шкіл. Студенти медичного коледжу, що за віком відповідають старшокласникам, представляли особливу зацікавленість з точки зору зіставлення специфіки їх професійної підготовки і ставлення до здоров'язбережувальної поведінки. Такий підхід дозволить, за результатами порівняльного аналізу динаміки випадків, структури локалізації та місць шкільного травматизму, визначитися в особливостях орієнтованого підходу до вирішення актуального питання – збереження здоров'я вказаної категорії дитячого населення. За аналізом наукової та методичної літератури, вивченням нормативних документів з виявленням актуальних питань шкільного травматизму та існуючих систем його профілактики, визначенням місця дослідження, баз та контингенту був завершений *перший*, пошуковий, етап роботи.

На *другому* етапі, при вивченні динаміки захворюваності дитячого травматизму, використовували матеріали довідників Центру медичної статистики МОЗ України за 1999-2016 роки. Аналіз проводився за даними ф. №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» та ф. №50 – здоров «Звіт про число травм та отруєнь серед дорослих та дітей підліткового віку (15-17 років включно) та дітей віком 0-14 років включно», затверджених наказом МОЗ України від 03.05.1999 р. №102.

Дослідженням передбачено виділення трьох п'ятирічних періодів (1999-2003, 2004-2008 та 2009-2013 рр.), що дало можливість простежити рівень видів дитячого травматизму відповідно до класу хвороб «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин», динаміку його структури, а особливо інтенсивність змін процесів, які відбувалися. При цьому доцільним вважали окремо дослідити відповідну інформацію за 2014-2016 роки (четвертий період). Такий підхід був обумовлений подіями, які пов'язані зі зміною територіальної цілісності України і зумовили особливості статистичних підрахунків. Останній період також виявився цікавим ще й з точки зору вивчення показників щодо поширеності та структури шкільного травматизму, які є результатом застосування існуючих методів профілактики.

Отримані дані склали передумову до подальшого поглибленого всебічного вивчення шкільних травм та пов'язаних з ними питань щодо їхнього попередження. Зазначеним завданням присвячено *третьий* та *четвертий етапи* дослідження. Вони базуються на даних соціологічних досліджень. Програмою дослідження, з позиції системного підходу, для реалізації мети було передбачено залучення не тільки учнівської молоді, а й вчителів та батьків школярів як їх найближчого оточуючого середовища. У результаті дослідженням було охоплено 1395 респондентів. Вони представляли дві групи із 1082 та 313 осіб. Перші з них були включені до соціологічного опитування для реалізації *третього* та *четвертого етапів* роботи, а другі – *шостого*, завершального, для доведення ефективності моделі. Нижче проаналізовано склад опитаних, результати анкетування яких склали основу

концептуальної частини дослідження. Зокрема, респонденти основної, першої, групи (1082) розподілились наступним чином: 686 були учні, в тому числі 1-4 класів - 206, 5-9 класів – 185 та 10-11 – 295; батьки – 188, вчителі – 208 осіб. Кількісний склад у віковому аспекті учнів молодшої, середньої та старшої шкіл наведено в табл. 2.1, 2.2 та 2.3 [120].

Таблиця 2.1

**Розподіл за віком учнів 1-4 класів з урахуванням
типу навчального закладу**

ВІК	ЗАКЛАДИ						УСЬОГО	
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6	1	1,4	7	11,7	-	-	8	3,9
7	12	17,2	10	16,7	15	19,7	37	18,0
8	11	15,7	18	30,0	20	26,3	49	23,8
9	24	34,3	19	31,6	22	29,0	65	31,5
10	22	31,4	6	10,0	19	25,0	47	22,8
Разом	70	100,0	60	100,0	76	100,0	206	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №1 ім. І. Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Таблиця 2.2

**Розподіл за віком учнів 5-9 класів з урахуванням
типу навчального закладу**

ВІК	ЗАКЛАДИ						УСЬОГО	
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
11	6	18,8	14	24,1	28	29,5	48	25,9
12	14	43,8	12	20,7	18	19,0	44	23,8
13	10	31,2	9	15,6	12	12,6	31	16,8
14	2	6,2	14	24,1	16	16,8	32	17,3
15	-	-	9	15,5	21	22,1	30	16,2
Разом	32	100,0	58	100,0	95	100,0	185	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №1 ім. І. Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Таблиця 2.3

**Розподіл учнів 10-11 класів за віком з урахуванням
типу навчального закладу**

ВІК	ЗАКЛАДИ								УСЬОГО	
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		КОЛЕДЖ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15	15	60,0	4	8,2	17	24,0	26	17,3	62	21,0
16	6	24,0	28	57,1	45	63,4	74	49,3	153	52,0
17-18	4	16,0	17	34,7	9	12,6	50	33,4	80	27,0
Разом	25	100,0	49	100,0	71	100,0	150	100,0	295	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Коледж - Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна;
5. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

З наведених у таблицях даних видно, що із загальної кількості школярів 30,0% навчалися в 1-4 класах; 27,0% – в 5-9 та 43,0% – у 10-11 класах. Учні 1-4 класів представлені практично рівною мірою з усіх освітніх закладів ($34,0 \pm 3,3\%$, $29,1 \pm 3,1\%$, $36,9 \pm 3,3\%$ відповідно), учнів 5-9 та 10-11 класів – значно менше в сільському навчальному закладі ($17,3 \pm 2,8\%$ та $8,5 \pm 1,6\%$ проти $31,4 \pm 3,4\%$ та $16,6 \pm 2,2\%$ районного і $51,3 \pm 3,7\%$ та $24,0 \pm 2,4\%$ міського відповідно). Такий розподіл зумовлений характерною особливістю сьогодення.

До дослідження було залучено 188 батьків, із яких у $26,6 \pm 3,2\%$ - діти навчалися в загальноосвітній школі сільського типу, у $30,3 \pm 3,4\%$ – районного та у $43,1 \pm 3,6\%$ – міського підпорядкування. За рівнем навчання їх дітей респонденти розподілились наступним чином: у кожного четвертого ($22,3 \pm 3,0\%$) із батьків діти навчалися у початковій школі; кожного другого ($47,9 \pm 3,6\%$) - в загальній та кожного третього ($29,8 \pm 3,3\%$) – у старшій школі.

В табл. 2.4 подані дані розподілу батьків, які ввійшли в дослідження за віком та типом закладів навчання їх дітей.

Таблиця 2.4

Розподіл батьків за віком та типом закладів навчання їх дітей

ВІК	ЗАКЛАДИ						УСЬОГО	
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 30	1	2,0	1	1,8	3	3,7	5	2,7
30 - 39	19	38,0	35	61,4	50	61,7	104	55,3
40 - 49	20	40,0	19	33,3	26	32,0	65	34,6
≥ 50	10	20,0	2	3,5	2	2,5	14	7,4
Разом	50	100,0	57	100,0	81	100,0	188	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Аналіз даних табл. 2.4 показав, що переважна більшість батьків перебувала у віці 30-39 років (55,3%) та 40-49 років (34,6%), і водночас звертає на себе увагу незначний їх відсоток до 30 років (2,7%).

У дослідженні взяли участь 208 вчителів, із них 8,6% працювали в сільському навчальному закладі, 24,0% – в районному, 28,4% – в міському та 39,0% - викладачі коледжу. До анкетування були залучені педагоги Кіровоградського медичного коледжу, які викладають загальноосвітні предмети. Розподіл за віком, стажем роботи, статтю з урахуванням типу навчальних закладів подано в табл. 2.5 - 2.7 [120]

Таблиця 2.5

Розподіл учителів за віком

ВІК	ЗАКЛАДИ								УСЬОГО	
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		КОЛЕДЖ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 30	6	33,3	5	10,0	12	20,3	2	2,5	25	12,0
30 - 39	3	16,7	12	24,0	14	23,7	16	19,7	45	21,6
40 - 49	5	27,8	21	42,0	19	32,2	21	25,9	66	31,7
≥ 50	4	22,2	12	24,0	14	23,7	42	51,9	72	34,6
Разом	18	100,0	50	100,0	59	100,0	81	100,0	208	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Коледж - Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна;
5. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Таблиця 2.6

Розподіл учителів за статтю

СТАТЬ	ЗАКЛАДИ								УСЬОГО	
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		КОЛЕДЖ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіча	5	27,8	4	8,0	13	22,0	13	16,0	35	16,8
Жіноча	13	72,2	46	92,0	46	78,0	68	84,0	173	83,2
Разом	18	100,0	50	100,0	59	100,0	81	100,0	208	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Коледж - Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна;
5. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Таблиця 2.7

Розподіл учителів за стажем роботи

СТАЖ	ЗАКЛАДИ								УСЬОГО	
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		КОЛЕДЖ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0 -3	3	16,7	4	8,0	9	15,3	8	9,9	24	11,5
4- 10	4	22,2	6	12,0	13	22,0	18	22,2	41	19,7
11 - 20	5	27,8	13	26,0	15	25,4	21	25,9	54	26,0
≥ 20	6	33,3	27	54,0	22	37,3	34	42,0	89	42,8
Разом	18	100,0	50	100,0	59	100,0	81	100,0	208	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Коледж - Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна;
5. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Як видно, у роботі були задіяні вчителі різних вікових категорій та стажу. У 68,8%, а це переважна більшість, педагогічний стаж перевищував 10 років. Близьким до нього був відсоток учителів у віці 40 і більше років – 66,3%, з яких 66 – мали 40-49 років, решта понад 50 років. 19,7% вчителів з педагогічним досвідом роботи 4-10 років; 21,6%, а це кожний п'ятий, перебував у віці 30-39 років. Удвічі менше (12,0%) було молодших за 30 років. Подібні результати (11,5%) спостерігалися за стажем роботи до трьох років. У розрізі закладів: у КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2» (заклад районного підпорядкування) найбільше було вчителів зі значним досвідом педагогічної роботи понад 20 років (54,0%); у Кіровоградському медичному коледжі працює більше

педагогів, старших за 50 років (51,9%), найбільше, ніж серед інших, у Богданівській загальноосвітній школі I-III ступенів №1 (сільська школа) третина учителів (33,3%) була у віці до 30 років та зі стажем до 3 років (16,7%). Найбільше (27,8%) у даному навчальному закладі виявилось вчителів чоловічої статі. В інших школах переважали жінки у співвідношенні 5:1 (83,2% жінок проти 16,8% чоловіків).

Аналітико-синтетичний, порівняльний, бібліосемантичний аналізи отриманих на попередніх етапах даних, створили базову основу для двох наступних.

П'ятий етап присвячений обґрунтуванню визначених положень необхідності системного, комплексного та міждисциплінарного підходів до профілактики травматизму у школярів, втілення яких у повсякденне життя вимагає залучення новітніх медико-педагогічних технологій формування принципів здоров'язбережувальної поведінки.

Шостий етап присвячений узагальненню результатів проведеного дослідження та безпосередньо розробці удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні, її впровадженню та доведенню ефективності. Вивчення результативності моделі відбувалось за двома підходами. Перший полягав у проведенні організаційного експерименту. Другий – в експертній оцінці запропонованої моделі висококваліфікованими спеціалістами.

Експериментальну перевірку удосконаленої запропонованої моделі профілактики травматизму у школярів було розпочато в базових закладах, що увійшли в дослідження у 2017 році. Після підписання спільного наказу про створення навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі імені Є.Й. Мухіна з 01.09.2018 по 01.09.2019 роки роботу з профілактики травматизму у школярів було розширено. До проведення тренінгових занять працівниками навчально-тренінгового центру було залучено учнів різних вікових категорій, вчителів та батьків із 15 шкіл міста Кропивницького, чотирьох шкіл районів області. Також виїзними бригадами НТЦ з липня по серпень 2019 року заняття проводилися і в чотирьох літніх дитячих оздоровчих таборах. У шостому розділі подано розширену інформацію з конкретним їх переліком та заходами.

Організаційний експеримент складався з двох етапів: формувального та узагальнюючого. Першим передбачався вибір та модифікація анкети опитування (додаток В), а на другому етапі проводився аналіз та підсумок результатів впровадження запропонованої моделі. Анкета була єдиною для всіх груп. Крім загальних відомостей (вік, стать), вона містила чотири блоки питань, до кожного з яких входило по чотири запитання, що дозволили оцінити рівень сформованості мотиваційно-особистісної, когнітивної, діяльнісної компонент безпечної поведінки та самооцінки вольової якості в досягненні формування культури здоров'я.

Анкета носила анонімний характер і давала можливість оцінити зміни, які відбулися в мотиваційному аспекті, рівні знань, умінні та наполегливості. Під час самооцінки респонденти керувались трьома критеріями: низький, середній та високий в аспекті *до* та *після* впровадження нововведень по кожному з них. Організаційним експериментом було охоплено 313 осіб, серед них 213 учнів (47 – початкових, 54 – середніх класів, 112 – старшокласників, з яких 58 - студенти коледжу), а також по 50 осіб вчителів та батьків.

Визначальним принципом удосконаленої моделі стало застосування міждисциплінарного та міжсекторального підходів, що дозволило залучити до складу експертів, крім організаторів охорони здоров'я, фахівців інших спеціальностей, до службових обов'язків яких включені питання, пов'язані з безпечною поведінкою учнівської молоді. У результаті експертна група була представлена 62 фахівцями (додаток Т). Докладний аналіз їх складу представлений у підрозділі 6.3.

Модель оцінювалася за запропонованою картою експертної оцінки за десятибальною шкалою на підставі запропонованих 16 параметрів, які її характеризують.

2.2. Методи дослідження

У роботі використано системний підхід, бібліосемантичний, аналітико-синтетичний, порівняльний, епідеміологічний, медико-статистичний аналізи;

експертна оцінка, описове моделювання та організаційний експеримент. Їх застосування на кожному етапі дослідження представлене на рис. 2.1.

Робота у своїй основі ґрунтується на даних соціологічного дослідження, особливістю якого було одночасне анкетування учнів різних вікових груп, їх батьків та вчителів. Процедура його включала попереднє ознайомлення зі змістом документів, визначенням цілей та мети, отриманням інформаційної згоди щодо участі в дослідженні після обговорення в колективі вчителів. Анкети було затверджено департаментом охорони здоров'я і погоджено управлінням освіти, науки, молоді та спорту Кіровоградської обласної державної адміністрації; затверджено на засіданні вченої ради медико-профілактичного та фармацевтичного факультету Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (протокол № 6 від 07.06.2017 р.) та на засіданнях педагогічних рад навчальних закладів, які підлягали дослідженню.

Соціологічні дослідження мали три напрями. Перший був спрямований на вивчення психоемоційного стану учнів, їх батьків та вчителів. Для цього задіяно три загальновідомі, поширені в клінічній практиці і, що є головним, рекомендовані для школярів методики. З метою виявлення видів тривожності (загальна, шкільна, самооцінна та міжособистісна) та її рівнів (нормальний, дещо завищений, високий, дуже високий та надмірно низький) використали методику О.Кондаша («Шкала соціально-психологічної тривожності», додаток Д), вибір якої обумовлений передбаченою можливістю враховувати вікові періоди. Тобто вона є адаптованою для учнів 1-4, 5-9 та 10-11 класів. Водночас була задіяна методика А.Зверькова, Є.Ейдмана (тест-опитувальник «Дослідження вольової саморегуляції», додаток Г). За її допомогою вивчалася вольова саморегуляція за такими шкалами: загальна, наполегливість, самовладання. Кожна з них мала низький, середній, достатній та високий рівні, які визначалися за межовими значеннями балів. Варто зазначити, що межові значення для учнів 1-4 класів були скориговані під час пілотного опитування. Анкетування дорослих (батьків, учителів) також передбачало виявлення особистісної тривожності за її рівнями за допомогою шкали

Ч.Спілбергера - Ю.Ханіна (додаток Е) та разом з цим, оцінювалась вольова саморегуляція за тією ж методикою, що й серед учнів.

Другий напрям опитування, у даному випадку за спеціально розробленими чотирма анкетами окремо для учнів 1-4 та 5-11 класів, батьків та вчителів був присвячений наступним питанням. Вивчалась готовність школярів до здоров'язбережувальної поведінки, вчителів та батьків - до профілактики шкільного травматизму серед учнів. При цьому враховувалися різні за територіальним розташуванням навчальні заклади. Чотири варіанти відповідних власних анкет подані в додатку Б. Специфіка кожного виду анкети полягала в тому, що за її питаннями, крім біографічних даних, виду та місць отримання травм, джерел інформації щодо їх запобігання та готовності дотримання здоров'язбережувальної поведінки чи бажання, розуміння, здатності і можливості впроваджувати культуру здоров'я серед учнів, а у дітей – визначалися критерії сформованості до вказаного процесу. Ними були мотиваційно-ціннісний, особистісний, пізнавальний та практичний. Варто зазначити, що питання цих анкет певним чином перегукувались із анкетами по визначенню тривожності та саморегуляції і при узагальненні відповідей, за потреби, взаємодоповнювалися та взаємовраховувалися.

Третій напрям соціологічного опитування був застосований для доведення ефективності елементів запропонованої моделі під час проведення організаційного експерименту (додаток В).

Крім того, таким же чином, за спеціально складеною картою із властивими для моделі критеріями результативності, експертна група оцінювала розробку удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів та підтвердження її перспективності (додаток С).

Результати заповнених анкет в цифровій формі вносились у сформовану базу даних на основі Microsoft Excel із застосуванням засобів програмного забезпечення Open Office та ліцензованої програми STATISTICA 6.1, STATA / SE 12.0 для Windows.

Статистична обробка категорійних даних та перевірка їх достовірності проводилась шляхом розрахунку частоти ознак на 100 опитаних та похибки ($\pm m$)

для відносних величин, а оцінка достовірності їх різниці в різних групах спостереження здійснювалась шляхом розрахунку критерію відповідності χ^2 -квдрат Пірсона.

Отримані в дослідженні кількісні дані спочатку перевірили на тип їх розподілу за методом Колмогорова-Смірнова і Лільєфорса (Kolmogorov-Smirnov & Lilliefors test for normality) та W тестом Шапіро-Уїлка (Shapiro-Wilk's W test). Оскільки більшість з них відповідала нормальному закону Гауса, то для представлення міри центральної тенденції використовували інтервал $M \pm m$, де M – середня арифметична величина, m – стандартна похибка середньої арифметичної. Відповідно для оцінки достовірності різниці даних у групах порівняння та перевірка нульової гіпотези застосовували параметричний t-тест Ст'юдента для незалежних вибірок.

Для оцінки узгодженості думок експертів ще було використано коефіцієнт варіації – C_v .

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТРАВМАТИЗМУ У ШКОЛЯРІВ В УКРАЇНІ ТА КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ ЗА 1999 – 2016 РОКИ

3.1 Динаміка та вікова структура захворюваності на дитячий травматизм в Україні та Кіровоградській області

За результатами вивчення динаміки питомої ваги травм за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин» у структурі первинної захворюваності дитячого населення України було виявлено наступні особливості. Зокрема, частка зазначених травм серед дітей 0-14 років за період спостереження стабільно становить 3,6%, а у підлітків віком 15-17 років даний показник вище і становить 5,3%.

Як було зазначено в розділі 2, вивчення динаміки та статевовікової структури захворюваності на дитячий травматизм проводилося за затвердженими Міністерством охорони здоров'я України статистичними формами звітності, а саме: форма №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» та форма №50-здоров «Звіт про число травм та отруєнь серед дорослих та дітей підліткового віку (15-17 років включно) та дітей віком 0-14 років включно».

Перед безпосереднім викладом результатів дослідження зазначимо, що у відповідній формі офіційної звітності з конкретно окресленого питання – шкільний травматизм - дані обмежені віковим періодом 0-14 років. За необхідності для порівняльного аналізу будемо залучати інформацію по захворюваності на хвороби за класом в цілому та відомості у віковій групі 15-17 років.

Інтерес представляє характер динаміки хвороб за класом у дітей з урахуванням вікових груп. Результати проведеного дослідження по Україні в цілому та Кіровоградській області зокрема подано в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Динаміка, вікова структура випадків дитячого травматизму в Україні та
Кіровоградській області за періодами вивчення
1999-2016 рр.**

Періоди	Роки	Україна					Тп/з %	Кіровоградська область					Тп/з %
		Всього 0-17 р.	Тп/з %	у тому числі осіб 0-14 р.				Всього 0-17 р.	Тп/з %	у тому числі осіб 0-14 р.			
				абс	%	m				абс	%	m	
I	1999	525710	-11,8	398093	75,4	0,06	-14,0	10714	-26,9	8034	75,0	0,4	-27,5
	2003	463896		342346	73,8*	0,06		7835		5816	74,2*	0,4	
II	2004	443827	-0,3	327269	73,7	0,06	-0,6	6767	+42,	4989	73,7	0,5	+39,4
	2008	442453		325336	3,5	0,07		9657	7	6954	72,0*	0,4	
III	2009	439970	-0,7	332430	75,6	0,06	+3,2	9308	+1,2	6938	74,5	0,4	+4,9
	2013	436759		343216	78,6*	0,06		9418		7277	77,3*	0,4	
IV	2014	372602	+2,3	291678	79,0	0,07	+5,4	8344	+4,6	6512	78,0	0,4	+7,3
	2016	381148		307318	80,6*	0,06		8730		6990	80,0*	0,4	

Примітка: 1.*/ різниця достовірна в межах періодів вивчення; $p < 0,05$.

Матеріали табл. 3.1 дозволяють зробити декілька висновків. По-перше, у цілому по країні з кожним наступним п'ятиріччям до 2014 р. чисельність пацієнтів у віці 0-17 років за вказаним класом хвороб зменшувалась інтенсивніше в перший період (1999-2003 рр.), тоді як в останні три роки (2014-2016 рр.) відмічався їх приріст (на 2,3%). По-друге, в усі роки діти до 14 років складають переважну більшість (від 73,5% до 80,6%) з тією особливістю, що в I періоді – показник зменшувався (на 14,0%), в II – практично залишався без змін (-0,6%), в III та IV – переконливо зростав з більшим темпом у 2014-2016 рр. – 3,2% та 5,4% відповідно. Показники по Кіровоградській області дещо відрізнялися, що проявилось більш виразним зменшенням випадків дитячого травматизму лише в перші п'ять років з 1999 по 2003 рр. (26,9% проти 11,8% по країні). Надалі спостерігався їх приріст, причому за 2014 - 2016 рр. вищий, ніж за попередні 2009-2013 роки (на 4,6% проти 1,2% відповідно). Відсоток дітей до 14 років був близьким до такого ж по Україні, він зростав в III та інтенсивніше в IV періодах (на 4,9% з $74,5 \pm 0,4\%$ до $77,3 \pm 0,4\%$ та на 7,9% з $78,0 \pm 0,4\%$ до $80,0 \pm 0,4\%$ відповідно).

Далі подаємо динаміку абсолютних та відносних величин різновидів травм серед дітей 15-17 років у порівняльному плані в Україні та Кіровоградській області (рис. 3.1 та 3.2).

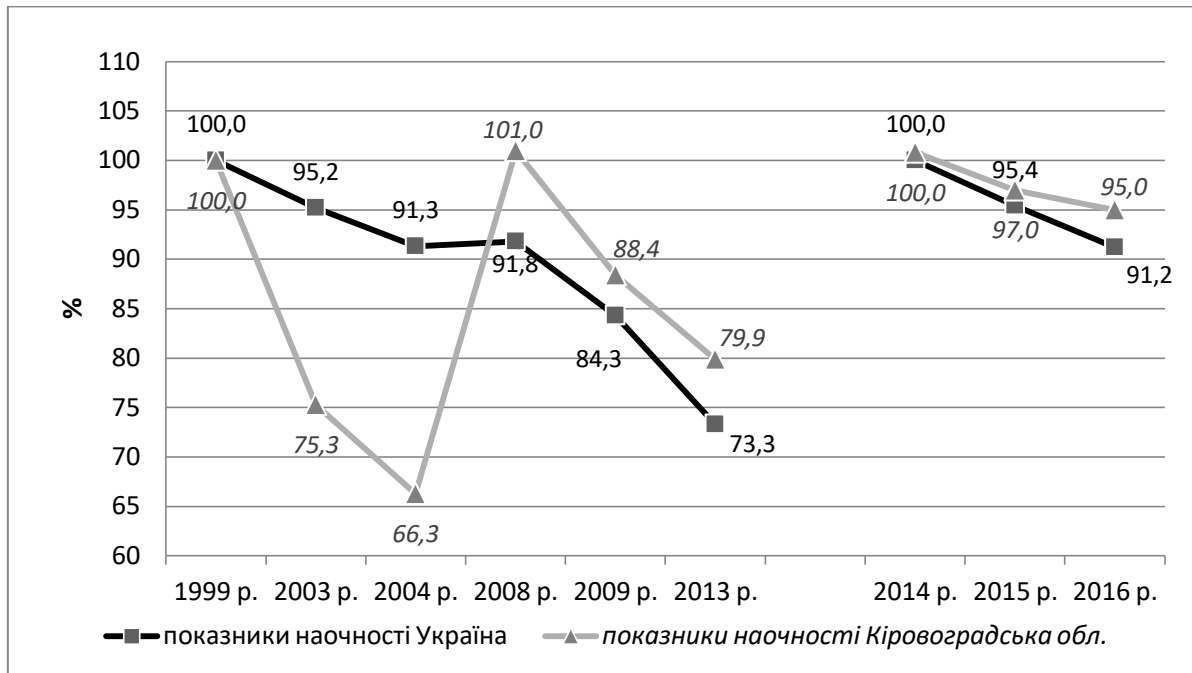


Рис. 3.1 Динаміка випадків травм за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин» серед дітей 15-17 років за 1999-2016 рр. в Україні та Кіровоградській області (%).

На рис. 3.1 представлені темпи росту (зниження) випадків отриманих травм за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин» у дітей 15-17 років. Висхідною величиною, прийнятою за 100%, була – 127617 за 1999 рік для України та 2680 – для Кіровоградської області. Як видно, характер змін в державі та області подібний, проте в перші десять років зменшення кількості випадків було суттєвішим в області (на 24,7% проти 4,8% по країні), а після пікового зростання в II періоді (на 52% проти 0,5% в країні) проявилось інтенсивнішим зниженням з 2009 по 2016 рр. ніж в Україні, а саме: за останні три роки на 8,7% проти 5,0% в області.

Близькими виявилися й рівні захворюваності (на 10 тис. населення). Усереднені їх величини по Україні і області були однаковими: $625,6 \pm 21,2$ та $585,6 \pm 41,3$ на 10 тис, проте, на нашу думку, більш вагомим в плані клініко-організаційних заходів є їх динаміка (рис. 3.2).

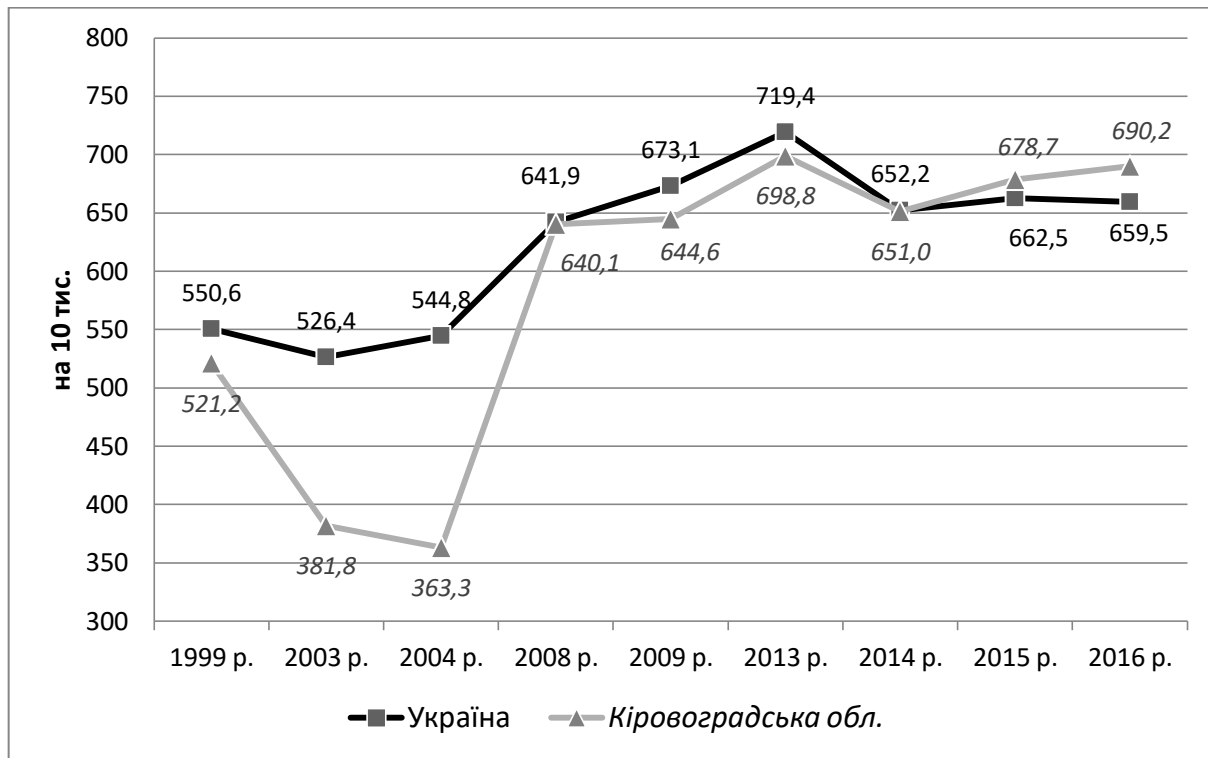


Рис. 3.2 Динаміка захворюваності на травматизм дитячого населення віком 15-17 років за 1999-2016 рр. у Кіровоградській області та Україні (на 10 тис. населення).

У 1999 р. рівні захворюваності на дитячий травматизм становили по Україні – 550,6‰, по області – 521,2‰. Як зниження, що характерне для I періоду, так і зростання показників в II та III періодах виразніше відбувалося в області на тлі вищих їх величин в Україні, а саме: темп зменшення по області становив 26,7%, тоді як в країні – 4,4%. Показники зростали послідовно по періодах – на 76,2% і на 17,8% у державі та відповідно на 8,4% і 6,9% в області. У 2014 р. їх значення зрівнялись, а в наступні два роки рівні захворюваності в області вже перевищували загальноукраїнські й у 2016 році становили 690,2 проти 659,5 відповідно на 10 тис. населення.

На рис. 3.3 подані рівні захворюваності в динаміці для вікової групи 0-14 років. Як видно, показники вищі в цілому по Україні, аніж в області; усереднені величини становлять – $480,0 \pm 8,4$ та $432,2 \pm 24,0$ на 10 тис. відповідно. Акцентуємо увагу на характері їх змін за роками спостереження.

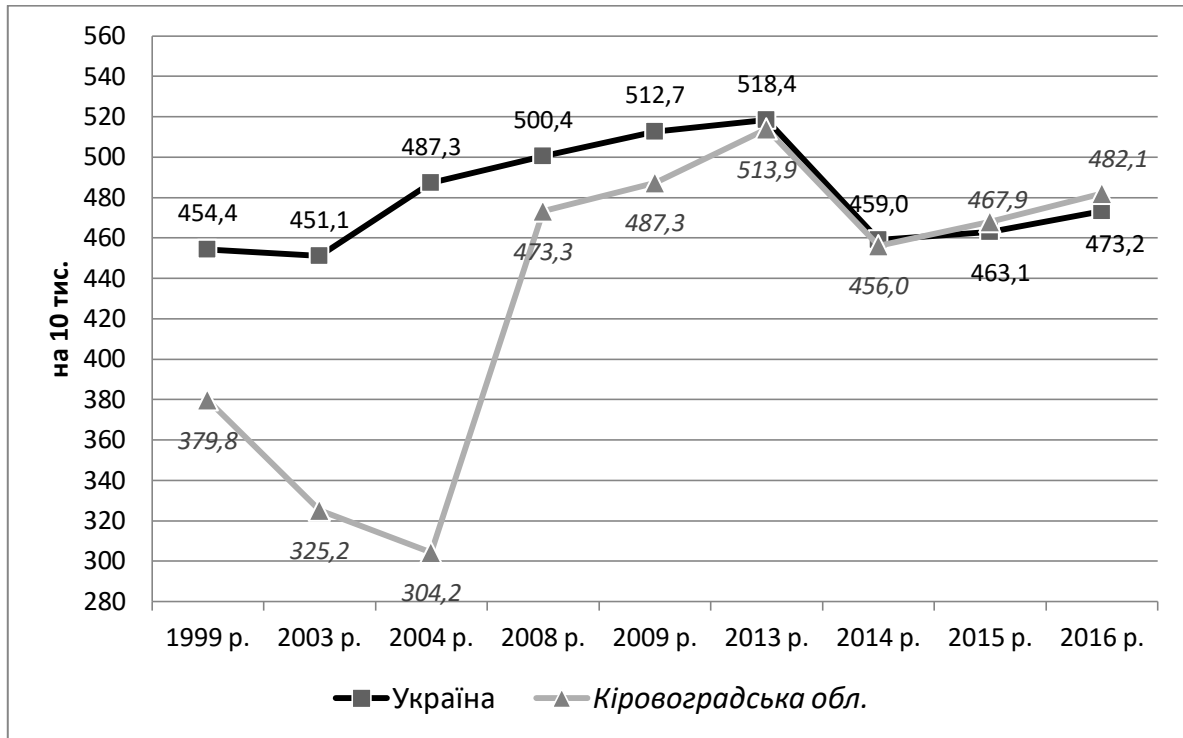


Рис. 3.3 Динаміка захворюваності на дитячий травматизм (0-14 років) за 1999-2016 рр. у Кіровоградській області та Україні (на 10 тис. населення).

За результатами аналізу рис. 3.2 та 3.3 видно, по-перше, що рівні захворюваності дітей до 14 років суттєво нижчі, ніж серед підлітків; по-друге, наскільки спорідненими виглядають отримані дані в порівнянні з віковою категорією 15-17 років, за нижчих величин показників в області, ніж по Україні, впродовж I-III періодів. Так, після зниження рівня захворюваності впродовж I періоду (на 0,7% з 454,4 до 451,1 в Україні та на 14,4% з 379,8 до 325,2 в області у 1999-2003 рр. на 10 тис. відповідно) спостерігається його зростання з більшою інтенсивністю в області (на 55,6% та 5,5% проти 2,7% та 1,1% в Україні відповідно в II та III періодах) до 518,4 та 513,9 в Україні та області у 2013 році. Як видно, рівні співпадають, а після зниження з однаковим темпом (на 11,3%), збігаються також у 2014 р. (463,1 та 467,9 відповідно на 10 тис.). Важливими є дані за останні три роки, а саме: як серед зазначеного вікового контингенту, так і серед підлітків 15-17 років практично з 2009 р. спостерігається повсюдне зростання рівня захворюваності на травматизм за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин», темп якого випереджає в області (на 5,7% проти 3,0% в Україні) і в

результаті чого показники тут є вищими за середньоукраїнські; у 2016 р. – 482,1 та 473,2 на 10 тис. населення відповідно.

Підсумовуючи, звернемо увагу на загальну тенденцію, що проявилася інтенсивнішими змінами в області, а саме: як зменшенням рівня захворюваності серед дитячого населення, особливо у віці 15-17 років в 1999-2003 рр., так і в наступному його зростанні, у результаті якого показники стали вищими за середньоукраїнські.

Для повноти аналізу прокоментуємо динаміку темпів росту (зниження) випадків травм за вказаним класом хвороб серед дітей 0-14 років (рис. 3.4).



Рис. 3.4 Динаміка темпів росту (зниження) випадків травм за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин» серед дітей 0-14 років за 1999-2016 рр. в Україні та Кіровоградській області (%).

Для цього також були обрані показники наочності. Абсолютні величини в 1999 р. прийняті за 100% дорівнювали 398093 в Україні та 8034 в області. Як видно на графіку, зменшення вперше зареєстрованих випадків хвороб до 2004 р. та наступне їх збільшення виділяється в Кіровоградській області у порівнянні з Україною в цілому, а саме: на 37,9% та 17,8%, а також за останні три роки на 7,3%

та 5,4% відповідно. Так, у 2016 р. вперше зареєстровано в Україні 307318 випадків, в області – 2016.

Таким чином, виявлено зростання дитячого травматизму, особливо у підлітків 15-17 років, як у цілому в Україні, так і в Кіровоградській області. Показники захворюваності з 1999 по 2016 рр. зросли загалом в державі на 19,7% у віковій категорії 15-17 років і на 4,1% у дітей 0-14 років, а в області – на 32,4% та 26,9% відповідно, які свідчать, що темп приросту їх в області випереджає загальноукраїнський.

Зазначене актуалізує вагомість питання, якому присвячене дослідження, і додатково підтверджує вірність вибору Кіровоградської області в якості бази поглибленого дослідження.

3.2 Особливості структури видів дитячого травматизму та шкільного в Україні та Кіровоградській області

Результати вивчення розподілу видів травм серед дітей віком 0-14 років засвідчили стабільність їх структури за роки спостереження за наявності коливань показників у динаміці та відмінності їх значень в Україні та Кіровоградській області. У структурі дитячого травматизму перше місце належить побутовим травмам, друге - вуличним, третє місце – шкільним. Наступні два місця послідовно займають спортивні та дорожньо-транспортні травми. Як видно, шкільний травматизм входить до трійки найбільш поширених, що підкреслює його актуальність з точки зору медичної та соціальної значимості і необхідності поглибленого багатоаспектного дослідження з метою впливу на зменшення кількості його випадків.

Наведена інформація щодо структури випадків дитячого травматизму зазначеного контингенту в Україні та Кіровоградській області за роками вивчення підтверджена даними рис. 3.5 та 3.6.

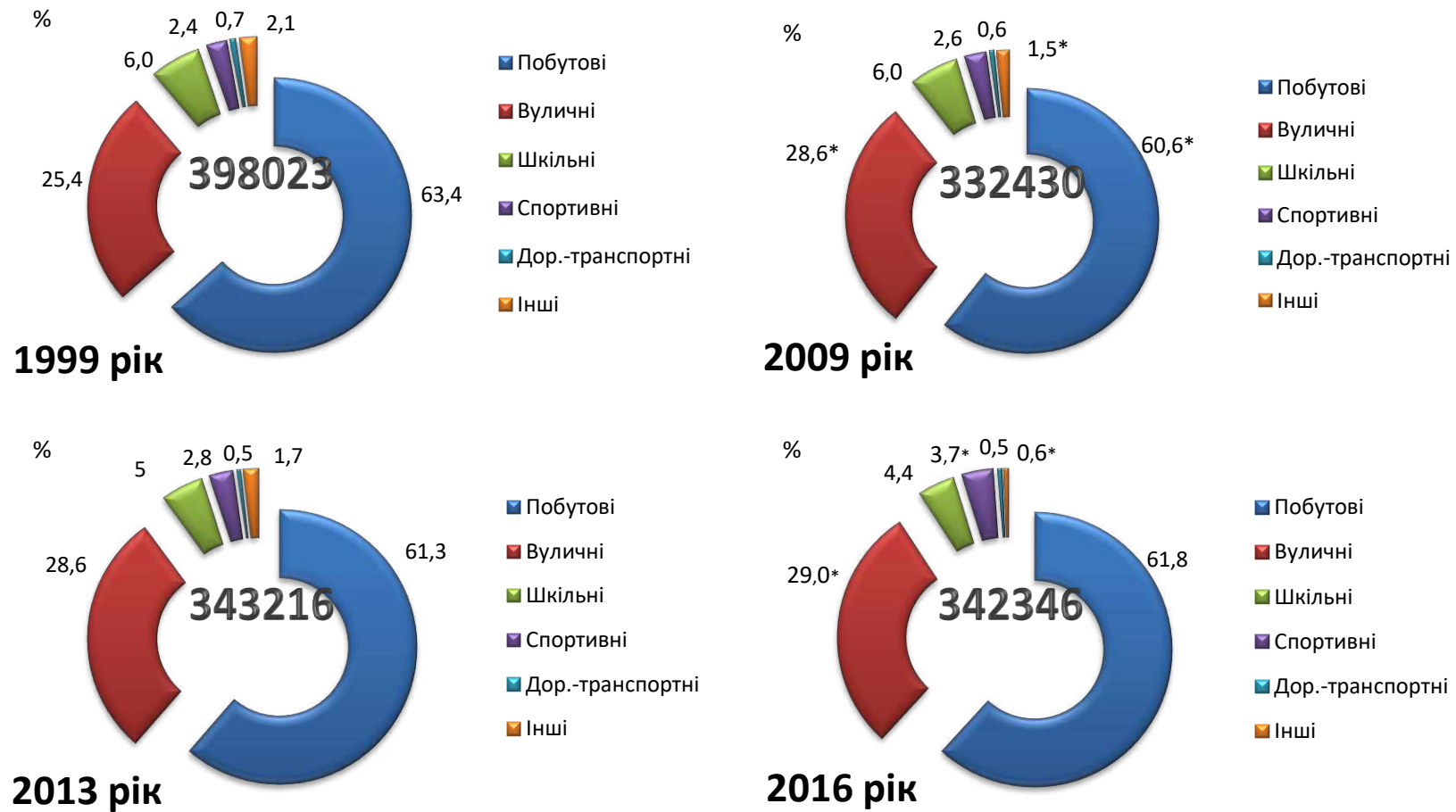


Рис. 3.5. Структура випадків видів дитячого травматизму (0-14 р.) в Україні за роками вивчення.
Примітка: 1.* / різниця достовірна в межах періодів вивчення; $p < 0,05$.

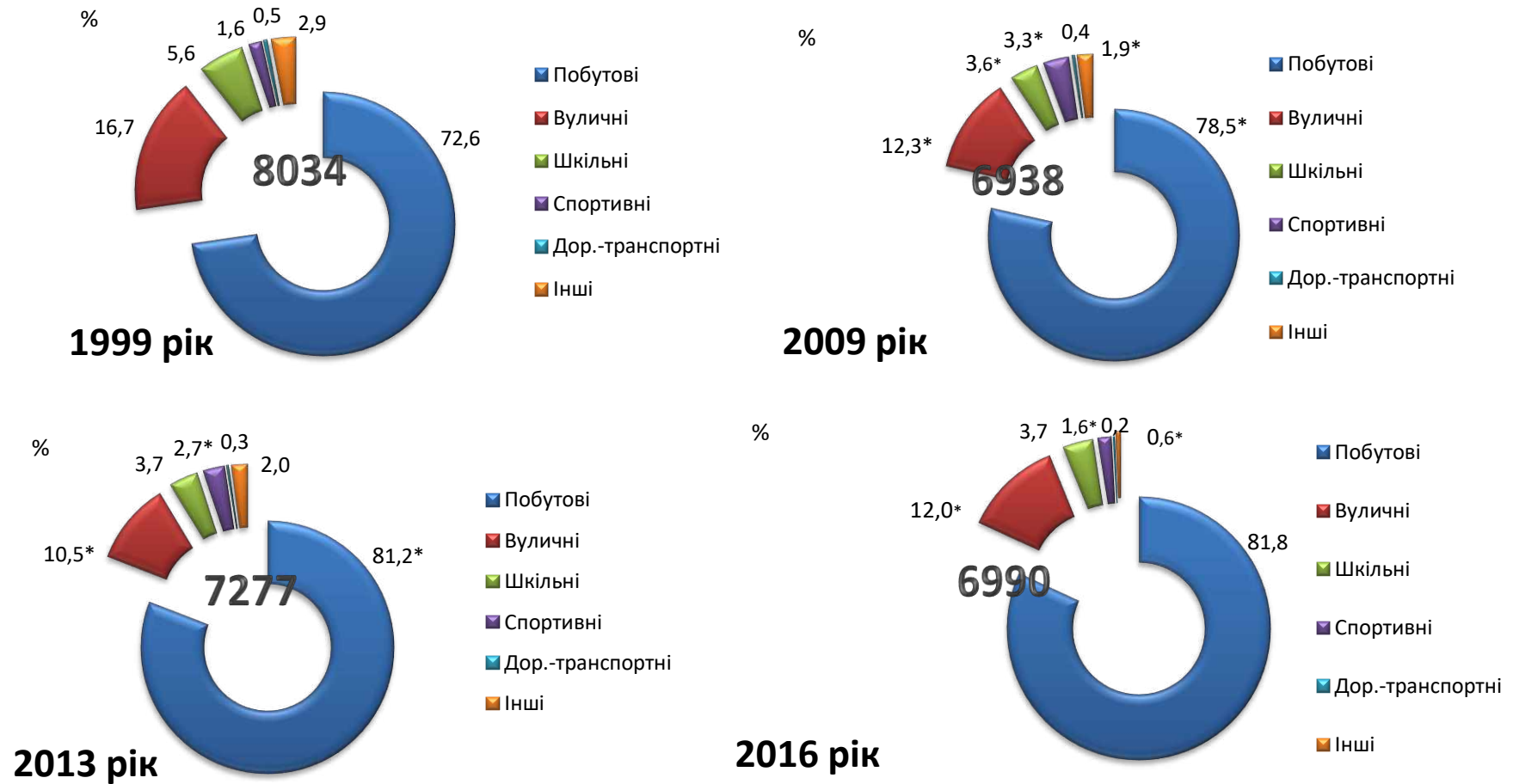


Рис. 3.6 Структура випадків видів дитячого травматизму (0-14 р.) в Кіровоградській області за роками вивчення.
Примітка: 1.* / різниця достовірна в межах періодів вивчення; $p < 0,05$.

Виявлено, що в області, за винятком побутових, рівень яких суттєво перевищував середньоукраїнський упродовж 2004-2016 рр., показники усіх інших видів травматизму були нижчими. Крім того, характер тенденції змін величин був подібним до загальноукраїнських при побутових, вуличних та дорожньо-транспортних травмах. Подібність проявилася й у зростанні їх рівнів у II та III періодах, яке після зменшення з 2013 по 2014 рр. знову відновилося в 2015 та 2016 роках. Більше того, інтенсивність приросту в IV періоді була вищою в Кіровоградській області, а саме: при побутовому на 4,8% проти 3,3% в Україні; при вуличному – на 28,2% та 1,8% відповідно, при дорожньо-транспортному - на 71,4% та 8,3% в державі. Лише спортивний травматизм після пікового зростання його рівня впродовж 2004-2008 рр. та 2009-2013 рр. в області в наступні роки (2014-2016 рр.) ситуація змінилася різким зниженням (на 38,5%) показника до 13,1‰, тоді як для України в цілому - навпаки, характерним було його підвищення (на 82,4% до 38,3 на 10 тис.).

Далі зосередимо увагу на шкільному травматизмі, на частку якого в середньому припадало в Україні - $5,5 \pm 0,3\%$ та в області - $4,8 \pm 0,5\%$ ($p > 0,05$).



Рис. 3.7 Питова вага шкільного травматизму за 1999-2016 рр. в Кіровоградській області та в Україні (%).

Примітка: 1. * / різниця показника достовірна до попереднього року; $p < 0,05$;

2. Δ / різниця достовірна між показниками в Україні та Кіровоградській області.

На рис. 3.7 представлена динаміка питомої ваги шкільного травматизму в структурі дитячих травм в області та в Україні в цілому. Як видно, показники в області практично завжди були нижчими, за винятком 2004-2008 рр. Упродовж перших двох періодів спостереження незалежно від території вони не відрізнялися. У Кіровоградській області величини перебували в межах: $5,6 \pm 0,3\%$ – $6,0 \pm 0,2\%$ та $7,0 \pm 0,4\%$ – $6,7 \pm 0,3\%$; середньоукраїнські показники коливались $6,0 \pm 0,15\%$ – $6,4 \pm 0,2\%$ та $6,1 \pm 0,2\%$ – $6,4 \pm 0,2\%$. В III періоді відмічається суттєве зменшення питомої ваги шкільних травм в структурі хвороб за цим класом. В області практично вдвічі до $3,6 \pm 0,3\%$ у 2009 р. та $3,7 \pm 0,2\%$ у 2013 р. проти $6,7 \pm 0,3\%$ у 2008 р. ($p < 0,05$); в Україні з $6,4 \pm 0,17\%$ до $6,0 \pm 0,17\%$ відповідно і до $4,5 \pm 0,2\%$ у 2013 р. ($p < 0,05$). У наступні роки (IV період) спостерігалась сталість показників. В Україні частка вказаних травм трималась в межах 4,4-4,5%, в області була нижчою і дорівнювала 3,2-3,7%.

При оцінці динаміки рівнів шкільного травматизму на тлі коливань показників простежується негативна тенденція в Україні та області при нижчих усереднених величинах за останні роки ($33,3 \pm 2,7$ проти $44,0 \pm 2,5$ на 10 тис. в Україні), що відображено на рис. 3.8.

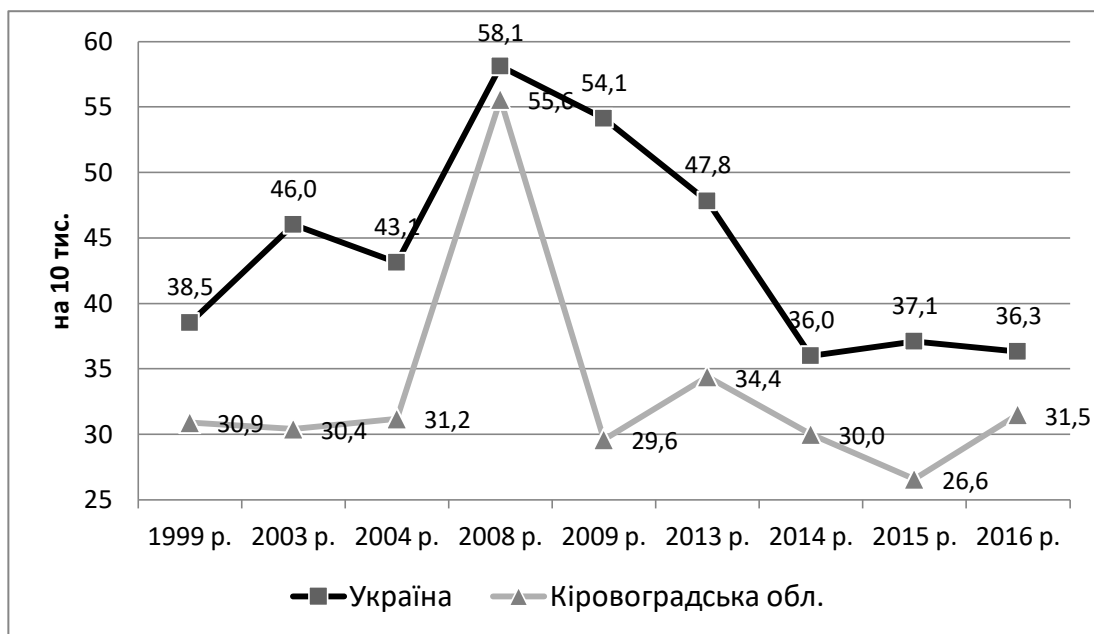


Рис. 3.8 Динаміка захворюваності на шкільний травматизм за 1999-2016 рр. в Україні та Кіровоградській області (на 10 тис. населення).

Упродовж перших 10 років для України було характерним зростання захворюваності в I та II періодах на 19,5% та 34,8% відповідно (у 2008 році - до 58,1 на 10 тис. населення). Протягом п'яти наступних років показник став нижчим лише на 11,6% (у 2013 році – 47,8 на 10 тис. населення). Отже, з 1999 по 2013 роки, попри всі коливання показників, які були вищими за висхідне значення, рівень шкільного травматизму зріс на 24,2%. Зниження рівня шкільного травматизму в Україні з 47,8 у 2013 р. до 36,0 у 2014 р. на 10 тис. населення відбулося не за рахунок застосування нових методів його профілактики, а пов'язане з особливостями статистичного підрахунку, яке було зумовлено територіальними змінами в державі. У два наступні роки спостерігається тенденція до зростання даного показника. Як видно на рис. 3.8, рівні захворюваності в області нижчі, ніж загальноукраїнські. За останні 15 років величина показника трималася в діапазоні 30,4 - 34,4 на 10 тис. населення. Винятком було пікове зростання з 31,2 до 55,6 на 10 тис. населення (на 78,2%), яке було характерним для II періоду. У 2013 році показники були вищими на 16,2% від рівня 2009 року - 34,4 проти 29,6; а в 2016 році вищими на 5,0% ніж показники 2014 року – 31,5 проти 30,0 на 10 тис. населення. Підводячи підсумок, можна стверджувати, що при нестійкій динаміці змін захворюваність на шкільний травматизм у 2013 році була вищою, ніж у 1999 році та у 2016 році проти 2014 року як в області, так і в країні.

Отже, загальна тенденція викристалізовується наступним чином. За період з 1999 по 2013 роки рівень шкільного травматизму на 11,3% зріс в області, проте був удвічі нижчим, на 24,2%, ніж в державі, тоді як з 2013 по 2016 роки інтенсивність приросту випереджала в області – 5,0% проти 0,8% в Україні.

Отримані вище дані вдало доповнює динаміка випадків шкільного травматизму за показниками наочності, яка графічно її представляє на рис. 3.9. За 100% було прийнято кількість випадків, зареєстрованих у 1999 році. Вона становила по Україні 23672, по області – 452. Особливу увагу привертають останні три роки, яким притаманне збільшення кількості шкільних травм як в Україні, так і в області. У 2016 році по Україні було зареєстровано 13540, а по області 262 випадки, що на 2% та на 9,6% відповідно більше, ніж у 2014 році.

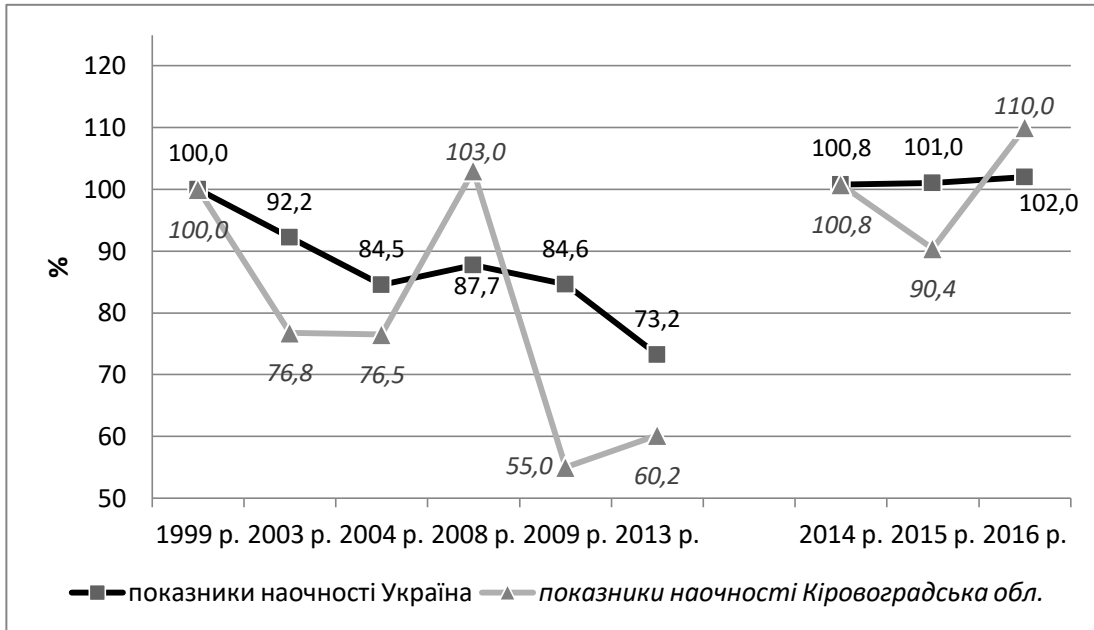


Рис. 3.9 Динаміка випадків шкільного травматизму за 1999-2016 рр. в Україні та Кіровоградській області (%).

Зростання рівня шкільного травматизму викликає занепокоєння і потребує більш глибокого вивчення суті проблеми. Зазначене мотивувало до вивчення структури локалізації травм.

Динаміку структури випадків шкільного травматизму та його рівні в області та в Україні в цілому можна відслідкувати за даними табл. 3.2 та 3.3, а також 3.4 та 3.5.

Попри всі коливання показників за роками спостереження, що знаходилися в межах 12,5% між такими в країні, а в області досягли 35,0% рани, поверхневі пошкодження та ушкодження судин займають повсюди перше місце, а їх частка в області більша (у 2016 р. – $54,7 \pm 3,0\%$ проти $49,1 \pm 0,3\%$ в Україні; $p < 0,05$). Більш стабільною в Україні виявилася частка випадків переломів кісток верхніх кінцівок, що займають, як і в області, друге місце – величини крайніх за значенням показників відрізняються на 14,3% і конкретно становили $26,6\% - 24,3\%$, тоді як в області – на 47,2% і дорівнювали $24,6\%$ у 1999 р. та $13,0 \pm 2,0\%$ у 2016 р. Зазначимо, що для цього виду травм характерне зниження показників в області.

Таблиця 3.2

**Структура локалізації травматизму серед школярів у Кіровоградській області
за 1999-2016 рр.**

№ п/п	Локалізація травм	1999		2003		2004		2008		2009		2013		2014		2015		2016	
		%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m
1.	Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	48,5	2,3	58,2*	2,6	56,4	2,7	59,8	2,3	44,6*	3,1	58,8*	2,9	60,3	2,1	55,1	3,3	54,7*	3,0
2.	Переломи кісток верхніх кінцівок	24,6	2,0	17,6*	2,0	23,4*	2,2	20,0	1,8	22,9	2,6	19,1	2,3	16,3	2,3	18,5	2,6	13,0*	2,0
3.	Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	14,4	1,7	15,3	2,0	8,7*	1,5	9,4	1,3	16,9*	2,3	9,2*	1,7	13,3	2,1	15,7	2,4	19,3	2,4
4.	Переломи кісток нижніх кінцівок	8,0	1,3	4,0	1,0	7,0	1,3	6,9	1,2	7,2	1,6	6,9	1,5	5,4	1,4	7,0	1,6	4,7	1,2
5.	Внутрішньочерепні травми	2,7	0,8	2,0	0,7	2,3	0,8	1,1	0,5	4,0	1,2	3,7	1,1	2,5	0,9	2,3	1,0	5,2	1,3
6.	Інші травми уточнених та не уточнених або множинних ділянок тіла	-	-	1,2	0,6	1,2	0,5	1,3	0,5	1,2	0,6	0,5	0,1	-	-	-	-	0,8	0,5
	Разом	98,2		98,3		99,0		98,5		96,8		98,2		97,5		98,6		97,7	
	Решта	1,8		1,7		1,0		1,5		3,2		1,8		2,5		1,4		2,3	
	Усього	100		100		100		100		100		100		100		100		100	

Примітка: 1. */різниця достовірна до величини попереднього показника; $p < 0,05$.

Таблиця 3.3

**Структура локалізації травматизму у школярів в Україні
за 1999-2016 рр.**

№ п/п	Локалізація травм	1999		2003		2004		2008		2009		2013		2014		2015		2016	
		%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m	%	m
1.	Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	46,0	0,5	44,5	0,3	46,0	0,5	48,1	0,3	46,5	0,5	50,2	0,4	49,3	0,2	49,7	0,6	49,1	0,3
2.	Переломи кісток верхніх кінцівок	26,6	0,5	27,8	0,3	28,0	0,6	26,3	0,3	26,4	0,6	24,1	0,3	25,5	0,1	24,9	0,7	24,3	0,4
3.	Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	13,7	0,6	13,4	0,2	13,3	0,7	13,7	0,2	15,0	0,7	14,8	0,3	14,0	0,1	14,1	0,8	15,1	0,3
4.	Переломи кісток нижніх кінцівок	5,6	0,6	6,5	0,2	6,3	0,7	6,0	0,2	6,4	0,7	5,3	0,2	5,6	0,2	5,3	0,8	6,0	0,2
5.	Внутрішньочерепні травми	3,9	0,6	3,9	0,1	3,2	0,7	3,2	0,1	3,1	0,7	3,5	0,1	3,5	0,2	3,3	0,9	3,1	0,1
6.	Інші травми уточнених та не уточнених або множинних ділянок тіла	2,2	0,6	2,0	0,09	1,1	0,7	1,1	0,07	1,0	0,7	0,6	0,5	0,7	0,07	0,8		0,9	0,08
7.	Переломи кісток черепа, хребта та кісток тулуба	1,1	0,6	1,1	0,07	1,0	0,7	1,0	0,3	1,0	0,7	1,0	0,7	1,0	0,08	1,0		1,0	0,08
	Разом	99,1		99,2		98,9		99,4		99,4		99,5		99,6		99,1		99,5	
	Решта	0,9		0,8		1,1		0,6		0,6		0,5		0,4		0,9		0,5	
	Усього	100		100		100		100		100		100		100		100		100	

Примітка: 1.* /різниця достовірна до величини попереднього показника; $p < 0,05$.

Дещо інша картина спостерігається щодо вивихів, розтягнень, деформацій, травм зв'язок суглобів і прилеглих м'язів, що займають третє місце. Як видно з таблиць, в окремі роки їх частка була більшою в області, ніж в цілому по Україні, а за останні три роки темп приросту показників був значно інтенсивнішим, ніж в країні (43,6% та 7,8% відповідно), що у 2016 р., вказаний вид травми переходить з третього на друге місце, адже їх відсоток становив $19,3 \pm 2,4\%$ проти $13,0 \pm 2,0\%$ при переломах кісток верхніх кінцівок. В Україні величини були наступними – $15,1 \pm 0,3\%$ проти $24,3 \pm 0,4\%$ відповідно. Ідентична ситуація склалася в Кіровоградській області стосовно четвертого та п'ятого місць. Більше, ніж удвічі (з $2,5 \pm 0,9\%$ до $5,2 \pm 1,3\%$) зріс відсоток внутрішньочерепних травм за 2014-2016 роки, у результаті патологія перейшла з п'ятого на четверте місце, а величина показника стала більшою за середньоукраїнську на $61,3\%$ ($5,2 \pm 1,3\%$ проти $3,1 \pm 0,1\%$ в Україні). Водночас частота переломів нижніх кінцівок, яка посідає четверте місце і в усі роки в області показники її були вищими, ніж в Україні, однак у 2016 р. значно знизилася: $4,7 \pm 1,2\%$ та $6,0 \pm 0,2\%$ відповідно. В області, як і по країні в цілому, з $1,2 \pm 0,6\%$ та $2,0 \pm 1,0\%$ відповідно у 2003 р. до $0,8 \pm 0,5\%$ та $0,9 \pm 0,1\%$ у 2016 р. зменшилася частка інших травм уточнених та не уточнених або множинних ділянок тіла.

Таким чином, шкільний травматизм у Кіровоградській області має свої особливості, які проявилися в більшому відсотку випадків у вигляді ран, поверхневих пошкоджень та ушкоджень судин, інтенсивнішим приростом частки вивихів, розтягнень, деформацій, травм зв'язок суглобів і прилеглих м'язів та, що особливо важливо, приростом випадків отримання внутрішньочерепних травм. У результаті за двома останніми видами локалізації частота їх перевищує ту, що спостерігається в цілому по Україні.

Нижче у табл. 3.4 та 3.5 деталізуємо показники рівнів захворюваності за локалізацією травм при шкільному травматизмі. Зазначимо, що, як при екстенсивних, так й інтенсивних показниках, простежуються суттєві коливання їх величин, що носить мозаїчний характер. Звертаємо увагу також і на збереженні рангового розподілу локалізації травм.

Таблиця 3.4

**Динаміка захворюваності на шкільний травматизм за локалізацією травм за 1999-2016 рр.
в Україні (на 10 тис. населення)**

№ п/п	Локалізація травм	1999	2003	2004	2008	2009	2013	2014	2015	2016
1.	Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	19,4	20,5	21,8	28,0	25,2	24,1	17,8	18,4	17,8
2.	Переломи кісток верхніх кінцівок	11,3	12,8	13,2	15,3	14,3	14,7	9,2	9,2	8,8
3.	Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	5,8	6,2	6,3	7,9	8,1	7,9	5,0	5,2	5,5
4.	Переломи кісток нижніх кінцівок	2,4	3,0	3,0	3,4	3,4	2,5	2,0	2,0	2,2
5.	Внутрішньочерепні травми	1,6	1,8	1,5	1,9	1,7	1,7	1,2	1,2	1,1
	Усього	38,5	46,0	43,1	58,1	54,1	47,8	36,0	37,1	36,3

Таблиця 3.5

**Динаміка захворюваності на шкільний травматизм за локалізацією травм за 1999-2016 рр.
в Кіровоградській області (на 10 тис. населення)**

№ п/п	Локалізація травм	1999	2003	2004	2008	2009	2013	2014	2015	2016
1.	Рани, поверхневі ушкодження та пошкодження судин	16,6	17,7	19,2	33,3	13,2	20,3	18,1	14,7	17,2
2.	Переломи кісток верхніх кінцівок	8,4	5,3	8,0	11,1	6,8	6,6	4,9	4,9	4,1
3.	Вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглоба і прилеглих м'язів	4,9	4,6	3,0	5,3	5,0	3,2	4,0	4,2	6,0
4.	Переломи кісток нижніх кінцівок	2,7	1,2	2,4	3,8	2,1	2,4	1,6	1,6	1,4
5.	Внутрішньочерепні травми	0,9	0,6	0,8	0,6	1,2	1,3	0,6	0,6	1,6
	Усього	30,9	30,4	31,2	55,6	29,6	34,4	30,0	26,6	31,5

Виявлено, що показники отримання ран, поверхневих пошкоджень та ушкоджень судин до 2016 р. в розрахунку на 10 тис. нижчі в області і, до того ж, суттєвіше коливалися між величинами (55,9% проти 36,4% в країні). При такій ситуації складно простежити характер змін, проте за загальною картиною вимальовується тенденція до зростання показників упродовж перших трьох періодів (з 1999 р. по 2013 р.) як в області (на 22,3% від 16,6 до 20,3 відповідно на 10 тис.), так і в державі (на 24,2% від 19,4 до 24,1 відповідно на 10 тис.). У 2016 р. вони зрівнялися і становили 17,2 та 17,8 відповідно на 10 тис. населення.

Певні особливості спостерігалися при переломах кісток верхніх кінцівок. При нижчих рівнях показників в області їх величини за роками різняться виразніше (на 63% проти 42,5% в країні), а з 2009 р. повсюди спостерігалася тенденція до зниження. У результаті за останні роки (2013 - 2016 рр.) показники удвічі були нижчі за середньоукраїнські (у 2016 – 4,1 проти 8,8 по країні на 10 тис.). Частота випадків отримання вивихів, розтягнень, деформацій, травм зв'язок суглобів і прилеглих м'язів була меншою, ніж в Україні до 2016 р., але за рахунок інтенсивних коливань (з 3,0 у 2004 р. до 6,0 у 2016 р.) стала більшою, тоді як в Україні водночас зменшувалась на 12,6% до 5,5 на 10 тис. у 2016 році. Суттєво знизилися показники частоти виникнення переломів кісток нижніх кінцівок в Кіровоградській області за останні три роки з 1,6 у 2014 р. до 1,4 у 2016 р.), тоді як попередні показники перебували в межах 1,2 - 3,8 на 10 тис. Наведені інтервальні величини свідчать про значну розбіжність їх за окремими роками. В державі величини дещо стабільніші і вищі, ніж в області. Після коливання в перші три періоди від 2,4 до 3,4 (у 1999 р. та 2009 р. відповідно), в IV – вони становили у 2014 р. – 2,0 і у 2016 р. – 2,2 на 10 тис. населення.

Варто наголосити, що в області у 2016 р. відмічається у 2,6 рази вищий, порівняно з 2014 р. рівень частоти виникнення внутрішньочерепних травм. У результаті інтенсивного його приросту до 1,6 на 10 тис. у 2016 р. величина показника стала вищою за середньоукраїнський (1,1 у 2016 р.). Разом з тим в усі попередні періоди вивчення вони були в 1,3 та в 3 рази нижчими.

Підсумовуючи, треба звернути увагу, що Кіровоградська область виділяється за вищим, ніж у цілому в країні, рівнем травм за підгрупами вивихи, розтягнення, деформації і травми зв'язок суглобів і прилеглих м'язів та внутрішньочерепних травм; подібними є показники у випадках ран, поверхневих пошкодженнях та ушкодженнях судин. Характерно, що для області були притаманні суттєвіші коливання величин показників за роками вивчення.

Висновки до розділу 3

1. Встановлено, що в структурі первинної захворюваності дитячого населення на частку травм за класом «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин» серед вікової категорії дітей 0-14 років стабільно припадає 3,6%, а серед підлітків 15-17 років даний показник вищий — 5,6%.
2. Виявлено зростання рівня дитячого травматизму в Україні та Кіровоградській області, зокрема, темп якого випереджає в області, особливо серед підлітків, в результаті чого з 2014 року показники стали вищими від загальноукраїнських (у 2016 р. серед дітей 0-14 років 482,1‰ проти 473,2 ‰ по Україні, у 15-17 років — 690,2 ‰ проти 659,5‰ відповідно).
3. Встановлено, що структура дитячого травматизму в цілому по Україні впродовж тривалого періоду (1999-2016 рр.) стабільна, перші три місця належать побутовому, вуличному та шкільному, наступні два — спортивному та дорожньо-транспортному. Подібною ситуація є й у Кіровоградській області.
4. Виявлено, що з 1999 по 2013 роки в Україні відбувалося зростання рівня захворюваності на шкільний травматизм з 24,2% до 47,8%, а з 2014 по 2016 роки - різке зниженням на 0,8% до 36,3%. Подібний характер змін притаманний і Кіровоградській області, проте відбувалися вони на тлі нижчих показників з більшою інтенсивністю: на 11,3% до 34,4% та на 5,0% до 31,5% відповідно.
5. Виявлено, що ситуація за структурою локалізації травм при шкільному травматизмі в Україні та Кіровоградській області подібна. Рангові місця послідовно належать ранам, поверхневим пошкодженням та ушкодженням судин (49,1%),

переломам кісток верхніх кінцівок (24,3%), вивихам, розтягненням, деформаціям і травмам зв'язок суглобів і прилеглих м'язів (15,1%), переломам кісток нижніх кінцівок (6,0%), внутрішньочерепним травмам (3,1%). Відмінність в області проявилася більшим відсотком випадків отримання ран, поверхневих пошкоджень та ушкоджень судин, інтенсивнішим приростом травм, які супроводжувалися переломами кісток верхніх кінцівок та значним приростом частки випадків внутрішньочерепних травм (з 2,1% до 5,0% за 2014-2016 рр).

Матеріали розділу 3 опубліковані:

1. Бондарь С.О. Види та структура локалізації травм як передумова формування здоров'язберезувальних засад попередження дитячого травматизму. Україна: Здоров'я нації: 2018;2(49):9-16 [19].
2. Бондарь С.О. Шкільний травматизм: особливості, тенденції. Професійна освіта: проблеми та перспективи. 2018;14:49-54 [20].
3. Михальчук В.М., Бондарь С.О. Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загальноукраїнських тенденцій. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2017;17(4):185-190 [119].
4. Михальчук В.М., Бондарь С.О. Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7:1064-76 [121].

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ, ЇЇ БАТЬКІВ ТА ВЧИТЕЛІВ

4.1 Психоемоційні особливості учнів у залежності від віку та статі

Велика кількість науковців відмічають, що навчально-виховний процес у сучасних загальноосвітніх закладах не систематизований, надзвичайно перевантажений і не враховує психологічних особливостей учнів. А це у свою чергу не стимулює та не мотивує школяра на отримання кращого результату, а навпаки, руйнує особистість, знижує працездатність і навіть приводить до виникнення психоемоційних розладів. (Л.Письмак, 2018) [146]. В аспекті вирішення завдань цього дослідження та для вивчення можливостей школярів керувати власною поведінкою в різних ситуаціях, здатністю контролювати свої вчинки, дії, бажання та з метою профілактики несприятливих наслідків стомлюваності, стресових станів, що можуть привести до виникнення шкільних травм було проведено дослідження психоемоційного стану учнів. Опитуванню підлягали школярі 1-4, 5-9, 10-11 класів навчальних загальноосвітніх закладів, а також студенти медичного коледжу (10-11 класи). При підготовці до дослідження та під час його проведення було залучено штатних психологів загальноосвітніх навчальних закладів. Опитування було анонімним, добровільним і з чітким дотриманням принципів етики та деонтології. Всебічність підходу полягала, як зазначалося в розділі 2, в одночасному анкетуванні за двома взаємодоповнюючими за спрямованістю методиками. Вивчались (за «Шкалою соціально-ситуативної тривоги» О.Кондаша) види тривожності (загальна, шкільна, самооцінювальна, міжособистісна) та визначалися рівні кожної з них: нормальний, дещо підвищений, високий, дуже високий та надмірно спокійний. Також було проведено анкетування за методикою А. Зверькова та Є. Ейдмана «Дослідження вольової саморегуляції», якою передбачено визначення таких індексів (шкали), як загальна, наполегливість та самовладання. Отримані дані опитування за обома методиками були проаналізовані та паралельно співставленні, тобто

дотримана логічна послідовність аналітико-синтетичного аналізу у визначенні наявності видів та рівнів тривожності із виявленням здатності опанування, розуміння власної поведінки та, за необхідності, відповідного коригування. В роботу ввійшли дані опрацьованих 583 із 686 анкет (85,0%); за статтю дівчат було вдвічі більше (66,9%), ніж хлопців (33,1%); у тому числі учнів 1-4 класів – 155 осіб, 5-9 – 180; 10-11 класів – 248, із яких 89 – студенти коледжу. Інформація викладається з урахуванням вікових груп (учні 1-4, 5-9 і 10-11 класів) та даних за статтю в розрізі різних за територіальним розташуванням загальноосвітніх закладів. У разі наявності особливостей у цьому плані на них буде звертатись увага за текстом.

Перед коментарями до таблиць зазначимо, що за допомогою відповідей на питання анкети кожен школяр не визначає наявність або відсутність власних переживань, ознак тривожності, а оцінює ситуацію, яка викликала або могла б викликати тривогу. Також стає можливим виявити межі дійсності, об'єкти, що є для учня основним джерелом тривоги. Узагальнений показник рівня видів тривожності розглядається як загальний і сприймається й оцінюється з подальшим уточненням.

У табл. 4.1 - 4.4 містяться результати опитування учнів за різним ступенем навчальної підготовки за «Шкалою соціально-ситуативної тривоги» О.Кондаша. За даною методикою передбачено оцінку трьох типів ситуацій: перша – пов'язана зі школою та спілкуванням з учителями; друга – актуалізуюча власне уявлення; третя – стосується спілкування з оточуючими.

Таблиця 4.1

Розподіл учнів початкової школи за видами тривожності (за методикою О.Кондаша)

Види тривожності	Усього	Рівні тривожності														
		Нормальний			Дещо підвищений			Високий			Дуже високий			Надмірно спокійний		
		абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Загальна	155	111	71,6	3,6	14	9,0	2,2	2	1,3	0,8	1	0,6	0,4	27	17,4	1,3
Шкільна	155	98	63,2	3,8	27	17,4	1,3	9	5,8	1,8	1	0,6	0,4	20	13,0	2,7
Само - оцінювальна	155	97	62,6	3,8	10	6,5	1,9	6	3,9	1,5	-	-	-	42	27,1	3,5
Між-особистісна	155	111	71,6	3,6	31	20,0	3,2	4	2,6	1,2	1	0,6	0,4	8	5,2	1,7

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$

Таблиця 4.2

Розподіл учнів базової школи за видами тривожності (за методикою О.Кондаша)

Види тривожності	Усього	Рівні тривожності														
		Нормальний			Дещо підвищений			Високий			Дуже високий			Надмірно спокійний		
		абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Загальна	180	119	66,1	3,3	17	9,4	2,1	4	2,2	1,1	1	0,6	0,4	39	21,7	3,0
Шкільна	180	105	58,3	3,6	33	18,3	2,8	8	4,4	1,5	6	3,3	1,3	28	15,6	2,7
Само - оцінювальна	180	109	60,6	3,6	12	6,7	1,8	6	3,3	1,3	-	-	-	53	29,4	3,3
Між - особистісна	180	122	67,8	3,5	18	10,0	2,2	2	1,1	0,7	2	1,1	0,7	36	20,0	2,9

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$

Таблиця 4.3

Розподіл старшокласників за видами тривожності (за методикою О. Кондаша)

Види тривожності	Усього	Рівні тривожності														
		Нормальний			Дещо підвищений			Високий			Дуже високий			Надмірно спокійний		
		абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Загальна	159	56	35,2	3,7	11	7,0	2,0	7	4,4	1,6	3	1,8	0,9	82	51,6	3,9
Шкільна	159	90	56,6	3,9	22	13,8	2,7	13	8,2	2,1	3	1,8	0,9	31	19,5	3,1
Само - оцінювальна	159	60	37,7	3,7	15	9,4	2,3	3	1,8	0,9	4	2,6	1,3	77	48,4	3,9
Між - особистісна	159	96	60,4	3,8	13	8,2	2,1	6	3,8	1,5	5	3,1	1,3	39	24,5	3,4

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$

Таблиця 4.4

Розподіл студентів коледжу за видами тривожності (за методикою О. Кондаша)

Види тривожності	Усього	Рівні тривожності														
		Нормальний			Дещо підвищений			Високий			Дуже високий			Надмірно спокійний		
		абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Загальна	89	53	59,6	5,2	6	6,7	2,6	1	1,1	1,0	-	-	-	29	32,6	4,9
Шкільна	89	63	70,8	4,8	15	16,9	3,9	2	2,2	1,2	1	1,1	1,0	8	9,0	3,0
Само - оцінювальна	89	32	36,0	5,0	4	4,5	2,1	-	-	-	-	-	-	53	59,6	5,2
Між - особистісна	89	60	67,4	4,9	14	15,7	3,8	1	1,1	1,0	-	-	-	14	15,7	3,8

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$

Під час аналізу показників загального виду тривожності з'ясовано, що переважна більшість учнів 1-4 та 5-9 класів ($71,6\pm 3,6\%$ та $66,1\pm 3,3\%$ відповідно) цілковито спокійно сприймають ситуаційні обставини, вони не викликають у них занепокоєння. Однак з віком, а саме у старшокласників, картина змінюється, і таких випадків стає значно менше – $44,0\pm 3,1\%$ ($p<0,001$). До речі, у загальноосвітніх закладах їх суттєво менше, ніж серед студентів медичного коледжу ($35,2\pm 3,7\%$ проти $59,6\pm 5,2\%$; $p<0,001$). Відмінність простежується і за статтю: дівчат-підлітків дещо більше: $45,5\pm 3,8\%$ проти $34,2\pm 5,3\%$ юнаків ($p<0,05$). Тоді як у молодшому віці в 1-4 класах навпаки: більше хлопчиків ($77,6\pm 5,4\%$ проти $68,0\pm 4,7\%$; $p>0,05$), а в 5-9 класах їх кількість значно перевищує ($78,6\pm 5,4\%$ проти $62,1\pm 4,3\%$; $p<0,05$). Разом з тим, варто звернути увагу на учнів, для яких характерним є надмірний спокій. Він зазвичай компенсаторно-захисного характеру і є значною перешкодою до повноцінного формування особистості. За відсутності усвідомлення негативного досвіду складається неадекватне ставлення до дійсності, що значно знижує продуктивну діяльність, перешкоджає формуванню мотивації. Чисельність учнів, які за відповідями були віднесені до цієї категорії, поступово зростає: від $17,4\pm 1,3\%$ в 1-4 класах до $21,7\pm 3,0\%$ в 5-9 класах ($p>0,05$) і досягає $44,7\pm 3,1\%$ в 10-11 класах ($p<0,05$). Зазначимо, що серед студентів коледжу зазначених випадків менше, ніж у школярів загальноосвітніх навчальних закладів ($32,6\pm 4,9\%$ проти $51,6\pm 3,9\%$ відповідно; $p<0,05$). Крім того, кількість дівчат з рівнем надмірного спокою була вищою в 1-4 та 5-9 класах ($22,7\pm 4,2\%$ та $23,4\pm 3,8\%$ проти $8,6\pm 3,6\%$ та $14,2\pm 4,6\%$ серед хлопців відповідно; $p<0,05$), тоді як в 10-11 – навпаки: більшість учнів чоловічої статі вирізнялася за рівнем надзвичайного спокою при оцінці запропонованих ситуативних обставин ($54,4\pm 5,6\%$ проти $40,2\pm 3,7\%$ дівчат відповідно; $p<0,05$).

Особливої уваги потребують учні з підвищеним, високим і дуже високим рівнем загальної тривожності. Їх частка була практично однаковою в усіх вікових групах: $11,0\pm 2,5\%$; $12,2\pm 2,4\%$ та $11,3\pm 2,0\%$ відповідно в 1-4, 5-9 та 10-11 класах, проте під час аналізу за статтю виділяються дівчата 5-9 класів, де досліджуваний

показник становив 14,5%, а також хлопчики 1-4 класів (13,8%) та юнаки загальноосвітніх закладів (10-11 класи) – 14,1%.

Таким чином, результати вивчення загального рівня тривожності серед усіх статевовікових груп свідчать про наявність проблемних питань щодо психоемоційного стану учнівської молоді, адже кожний п'ятий школяр 5-9 класів ($21,7 \pm 3,0\%$) та удвічі більше ($44,7 \pm 3,1\%$) старшокласників надмірно спокійно реагують за несприятливих ситуацій, проявляючи компенсаторний захисний характер, що зберігається за рахунок неадекватного ставлення до дійсності. Статеві особливості вказують на більш вразливу групу, а саме: дівчат 5-9 класів, хлопчиків 1-4 та юнаків 10-11 класів. До того ж саме серед них найбільший відсоток випадків високої і дуже високої тривожності. Тобто на першому етапі вивчення викристалізувався контингент учнів, які потребують підвищеної уваги передусім, у плані подальшого визначення видів тривожності з наступним пошуком причин та їх нівелюванням.

Аналіз шкільної тривожності показав, що повсюдно у своїй більшості вона за рівнем відповідає нормальному показнику. Зокрема, таким він був у $63,2 \pm 3,8\%$, $58,3 \pm 3,6\%$ та $61,7 \pm 3,9\%$ учнів початкової, базової та старшої школи відповідно. Відразу відмітимо незначну і практично однакову частоту випадків надмірного спокою: $13,0 \pm 2,7\%$, $15,6 \pm 2,7\%$ та $15,7 \pm 2,3\%$ відповідно. За таких умов особливого значення набуває факт наявності у кожного четвертого школяра, незалежно від навчальної підготовки, підвищеного, високого та дуже високого рівнів шкільної тривожності. Їх відсоток становив серед учнів 1-4 класів – $23,8 \pm 3,4\%$, 5-9 класів – $26,0 \pm 3,2\%$, 10-11 класів – $22,6 \pm 2,6\%$. Не простежено достовірної різниці величин показників залежно від статі, а саме: серед жіночої відповідно вони становили $25,8 \pm 4,4\%$, $27,4 \pm 4,0\%$ та $23,0 \pm 3,2\%$; серед чоловічої – $21,0 \pm 5,3\%$, $23,2 \pm 5,6\%$ та $21,5 \pm 4,6\%$. Вказані випадки є надзвичайно важливими, адже досить часто вони проходять поза увагою вчителів та батьків, а закріпившись, стають стійкою перепорою у спілкуванні. Видиме благополуччя досягається великим напруженням і може супроводжуватися виразними вегетативними реакціями, неврозподібними та психосоматичними проявами. Тривожність за таких обставин дуже часто провокує

до зростання конфліктності самооцінки. При цьому формується невпевненість у власних можливостях, наслідком чого є перенапруження у досягненні мети, зниження працездатності, підвищена стомлюваність, що приводить до зниження уваги і як наслідок – отримання травм різного характеру.

При аналізі самооцінювального виду тривожності встановлено, що учням початкової та базової школи притаманні нормальні її показники ($62,6 \pm 3,8\%$ та $60,6 \pm 3,65$ відповідно), тоді як старшокласники виділяються рівнем надмірного спокою у сприйнятті несприятливих ситуацій ($52,4 \pm 3,2\%$). Лише до $10,0\%$ школярів кожної вікової групи мають вищий за нормальний рівень зазначеного виду тривожності. Оскільки проблемність питання в даному випадку полягає в частоті проявів рівня надмірного спокою (більша половина старшокласників і кожен третій серед решти), було досліджено особливості залежно від статі. Різниця виявлена тільки на рівні 1-4 класів, де більшість респондентів з надмірним спокоєм були дівчатка ($36,1 \pm 4,8\%$ проти $12,1 \pm 4,2\%$ хлопчиків; $p < 0,05$); майже подібною була частота серед учнів 5-9 класів ($31,5 \pm 4,1\%$ проти $25,0 \pm 5,7\%$) та 10-11 класів ($50,3 \pm 3,8\%$ проти $57,0 \pm 5,5\%$ відповідно). Наявність внутрішнього конфлікту особистості заважає правильній, адекватній оцінці ситуації, яка зазвичай складається в шкільному колективі. Зазначене, у свою чергу, підсилює емоційне неблагополуччя і стає причиною незадоволеності, нестійкості, виникають певні труднощі у взаємодії з однолітками, вчителями, батьками, що проявляється у напруженні стосунків. Такий стан приводить до розвитку міжособистісних конфліктів, проявів надмірної активності та унеможлиблює сприйняття будь-яких норм та дотримання правил здоров'язберезувальної поведінки.

Переважній більшості школярів ($71,6 \pm 3,6\%$, $67,8 \pm 3,6\%$ та $63,0 \pm 3,8\%$ серед 1-4, 5-9 та 10-11 класів відповідно) притаманний нормальний рівень тривоги, пов'язаний із неприємними обставинами під час спілкування з оточуючими. Загроза загострення ситуації виявилася значною серед учнів початкових класів, де, за опитуванням, у $23,2 \pm 3,3\%$ випадків без різниці за статтю ($23,2 \pm 3,6\%$ та $22,4 \pm 5,3$ відповідно дівчаток та хлопчиків) мав місце підвищений, високий і дуже високий рівень міжособистісної тривожності. Одночасно уваги потребує кожен п'ятий

(20,0±2,9%) учень 5-9 та 10-11 класів (21,4±2,6%) із надмірно спокійним ставленням до міжособистісних стосунків. За статтю серед них переконливо виділялись юнаки 10-11 класів (35,4% проти 14,7% респондентів жіночої статі).

Таким чином, переважній більшості учнівської молоді притаманна нормальна реакція на негативну ситуацію, що може виникнути та викликати переживання і тривогу. Разом з тим окреслились групи ризику, що мають статовікові особливості і потребують не тільки уваги, але й допомоги з боку, перш за все, психологів, підтримки та розуміння зі сторони вчителів та батьків. Вона повинна бути спрямована на подолання невпевненості, внутрішніх конфліктів, корекцію самооцінки і найголовніше, на виявлення та усунення причин, здатних викликати тривогу, адже практично кожен четвертий учень, незалежно від статі та віку, виявив підвищений, високий і дуже високий рівень шкільної тривожності. З'ясувалося, що серед учнів початкових класів вона переважно обумовлена і є наслідком міжособистісної конфліктності, найчастіше пов'язана із неадекватною оцінкою ситуації. Серед учнів 5-9 та 10-11 класів на перший план виступає конфліктність самооцінки. Виявлений у них надмірний спокій та знижена чутливість до неблагополуччя негативно впливає на повноцінне формування особистості. З'ясовано, що для осіб жіночої статі більшою мірою характерна самооцінювальна складова, тоді як для чоловічої – міжособистісна. Варто зазначити відсутність будь-яких суттєвих відмінностей серед учнів різних за типом загальноосвітніх навчальних закладів. Найбільше виділялися старшокласники – студенти медичного коледжу. Серед них переважна більшість із нормальною реакцією на несприятливу ситуацію, що може викликати тривогу (за загальним типом у 59,6±5,2% проти 35,2±3,75% та за шкільним типом у 70,8±4,8% проти 56,6±3,9% до учнів звичайної школи відповідно; $p < 0,05$), а також значно менше осіб із підвищеною, високою і дуже високою тривожністю (7,8±2,5% проти 13,2±2,3% відповідно; $p < 0,05$). У результаті за показниками загальної шкали тривожності, що проявилася високим рівнем у кожного другого (56,0%) старшокласника, кожного третього (34,0%) учня 5-9 класів та кожного четвертого (28,4%) школяра молодших класів дозволило виділити їх в групу ризику. Такі учні потребують підвищеної уваги

зі сторони викладачів, батьків та індивідуального підходу щодо проведення корекційно-розвивальних занять із залученням шкільного психолога.

Другою, не менш важливою, складовою роботи було вивчення рівня розуміння учнями необхідності опанування власною поведінкою в різноманітних ситуаціях, здатності свідомо керувати своїми станами, діями та бажаннями. Відповіді на ці питання, а також виявлення таких властивостей характеру, як наполегливість та самовладання, було отримано на підставі аналізу проведеного опитування за «Методикою дослідження вольової саморегуляції» А. Зверькова та Є.Ейдмана. За даними загальної шкали, у результаті підрахунку індексів вольової саморегуляції в розрізі статево-вікових груп учнів з'ясовано наступні особливості, які відображено в табл. 4.5, 4.6, 4.7. Більшість учнів, особливо 5-9 класів, має достатній і високий рівень саморегуляції ($55,5 \pm 3,9\%$; $68,9 \pm 3,4\%$ та $60,5 \pm 3,1\%$ школярів 1-4, 5-9 та 10-11 класів відповідно). Він проявляється впевненістю і стійкістю намірів, реалістичністю поглядів з розвиненим почуттям особистого обов'язку, тобто такі школярі здатні контролювати свої вчинки, уміють розподіляти зусилля і планомірно втілювати наміри, мають виражену соціально-позитивну спрямованість. Серед них переважають особи чоловічої статі, особливо в 10-11 класах, де різниця стає достовірною ($58,6 \pm 6,4\%$, $71,4 \pm 6,0\%$ та $74,4 \pm 4,8\%$ проти $53,6 \pm 5,0\%$, $67,8 \pm 4,1\%$ та $53,9 \pm 3,8\%$ респондентів жіночої статі відповідно в 1-4, 5-9 та 10-11 класах).

Разом з тим у $42,0 \pm 3,9\%$ учнів початкових класів, у кожного третього учня 5-9 класів ($27,8 \pm 3,3\%$) та старшокласників ($36,7 \pm 3,0\%$) у складних ситуаціях можливе наростання внутрішньої напруги, тривожності через емоційність, схильності до спонтанності власної поведінки. Таких учнів із середнім рівнем саморегуляції більше серед осіб жіночої статі 1-4 та 10-11 класів ($44,3 \pm 5,0\%$ проти $38,0 \pm 6,3\%$ чоловічої та $43,8 \pm 3,8\%$ проти $21,5 \pm 4,6\%$ відповідно). Емоційно нестійких, вразливих, невпевнених у собі, імпульсивних зі зниженим загальним фоном активності було лише 4% опитаних. При цьому відмінностей за віком та статтю не простежено.

Таблиця 4.5

Розподіл учнів початкової школи за індексом загальної вольової саморегуляції; М+m бали

Рівні (бали)	Усього n=155				в тому числі							
					дівчатка n=97				хлопчики n=58			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-6)	4	2,6	1,2	5,7±0,4	2	2,1	1,4	5,5±0,4	2	3,4	2,3	3,5±0,7
Середній (7-12)	65	42,0	3,9	10,1±0,4	43	44,3	5,0	10,2±0,4	22	38,0	6,3	10,3±0,3
Достатній (13-18)	78	50,3	4,0	14,8±0,4	47	48,5	5,0	15,0±0,5	31	53,4	6,5	14,6±0,5
Високий (19-24)	8	5,2	1,7	19,9±0,6	5	5,1	2,2	19,7±0,5	3	5,2	2,9	20,0±1,4

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$

Таблиця 4.6

Розподіл учнів базової школи за індексом загальної вольової саморегуляції; М+m бали

Рівні (бали)	Усього n=180				в тому числі							
					дівчатка n=124				хлопці n=56			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-6)	6	3,3	1,3	4,0±0,2	5	4,0	1,7	3,6±0,6	1	1,8	1,6	6,0
Середній (7-12)	50	27,8	3,3	10,4±0,8	35	28,2	4,0	10,3±0,6	15	26,8	5,9	10,7±0,5
Достатній (13-18)	109	60,6	3,6	15,6±0,7	73	58,9	4,4	15,6±0,8	36	64,3	6,4	15,7±0,6
Високий (19-24)	15	8,3	2,0	21,1±0,3	11	8,9	2,5	21,1±0,4	4	7,1	1,9	20,0±0,3

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$

Таблиця 4.7

Розподіл старшокласників за індексом загальної вольової саморегуляції; М+m бали

Рівні (бали)	Усього n=248				в тому числі							
					дівчата n=169				юнаки n=79			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-6)	7	2,8	1,0	5,4±0,2	4	2,4	1,1	5,5±0,2	3	3,8	2,1	5,0±0,1
Середній (7-12)	91	36,7	3,0	10,2±0,6	74	43,8	3,8	10,2±0,5	17	21,5	4,6	10,2±0,7
Достатній (13-18)	119	48,0	3,1	15,0±0,7	75	44,4	3,8	15,1±0,7	44	55,7	5,5	14,6±0,5
Високий (19-24)	31	12,5	2,1	20,0±0,5	16	9,5	2,2	20,3±0,5	15	19,0	4,4	20,0±0,4

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$

З'ясовано, що майже половині (45-57%) учнівської молоді притаманна така риса характеру, як наполегливість у прагненні до здійснення розпочатої справи, досягненні мети та дотриманні норм загальної поведінки (табл. 4.8, 4.9, 4.10). Як видно з таблиць, достатній і високий рівень за цією шкалою визначався у $52,3 \pm 4,0\%$, $45,0 \pm 3,7\%$ та $57,6 \pm 3,15\%$ учнів початкових, 5-9 класів та старшокласників відповідно. Осіб чоловічої статі було більше в 1-4 класах ($58,6 \pm 6,4\%$ проти $48,4 \pm 5,0\%$ жіночої) та 10-11 класах ($67,1 \pm 5,2\%$ проти $53,2 \pm 3,8\%$ відповідно; $p < 0,05$); однакова чисельність спостерігалася серед школярів - 5-9 класів ($45,1 \pm 4,4\%$ проти $44,6 \pm 6,6\%$). Водночас з'ясувалося, що в загальноосвітньому навчальному закладі, який територіально розташований в сільській місцевості, чисельність дівчат з високим рівнем загальної вольової саморегуляції та наполегливості досягає $84,0\%$. Проте достатньо високий відсоток респондентів, серед яких значно менше було старшокласників, характеризується відсутністю активної позиції та наполегливості у реалізації власних намірів. Середній рівень за цією шкалою визначався у $44,5 \pm 3,5\%$, $47,8 \pm 3,7\%$ та $35,1 \pm 3,0$ учнів 1-4, 5-9 та 10-11 класів відповідно. Серед них більше було осіб жіночої статі ($47,4 \pm 5,0\%$, $45,2 \pm 4,4\%$ та $38,5 \pm 3,7\%$ проти $39,6 \pm 6,1\%$, $53,6 \pm 6,6\%$ та $27,8 \pm 5,0\%$ чоловічої відповідно). Варто відмітити й низькі рівні показників, які спостерігалися вдвічі частіше серед інших вікових груп порівняно з учнями початкових класів ($7,2 \pm 1,6\%$ проти $3,2 \pm 1,4\%$ відповідно; $p < 0,05$). Підвищена лабільність та чутливість вимагають від школяра напруження і гнучкості в якості компенсації, можуть приводити до вільного трактування існуючих норм та правил, здатності недооцінювати ризики, не закінчувати розпочату справу, легко відволікаються, що є несприятливим фактором у формуванні особистості. Саме такі учні потребують уваги та індивідуального підходу зі сторони вчителів. Слід відмітити, що однією з вагомих причин низького рівня наполегливості є невірне виховання в родині, що підтверджує доцільність проведення корекційної роботи з батьками таких дітей з метою визначення та усунення недоліків у вихованні із залученням психологів.

Таблиця 4.8

Розподіл учнів початкової школи за індексом наполегливості; М+m бали

Рівні (бали)	Всього n=155				в тому числі							
					дівчатка n=97				хлопчики n=58			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-4)	5	3,2	1,4	3,3±0,2	4	4,1	2,0	3,0±0,5	7	1,7	1,5	4,0
Середній (5-8)	69	44,5	3,5	6,5±0,3	46	47,4	5,0	6,7±0,3	23	39,6	6,1	6,7±0,3
Достатній (9-12)	70	45,2	3,9	10,3±0,3	41	42,2	5,0	10,4±0,3	29	50,0	6,5	10,0±0,3
Високий (13-16)	11	7,1	1,1	13,3±0,3	6	6,2	2,4	13,3±0,2	5	8,6	3,6	13,2±0,4

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$

Таблиця 4.9

Розподіл учнів 5 – 9 класів за індексом наполегливості; М+m бали

Рівні (бали)	Всього n=180				в тому числі							
					дівчатка n=124				хлопці n=56			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-4)	13	7,2	1,9	3,6±0,3	12	9,6	2,6	3,6±0,3	1	1,8	1,6	4,0
Середній (5-8)	86	47,8	3,7	6,5±0,3	56	45,2	4,4	6,4±0,3	30	53,6	6,6	6,6±0,3
Достатній (9-12)	74	41,1	3,7	10,4±0,4	50	40,3	4,4	10,6±0,4	24	42,8	6,6	10,1±0,3
Високий (13-16)	7	3,9	1,4	15,2±0,3	6	4,8	1,4	15,0±0,1	1	1,8	1,6	15,0

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$

Таблиця 4.10

Розподіл старшокласників за індексом наполегливості; М+m бали

Рівні (бали)	Всього n=248				в тому числі							
					дівчата n=169				юнаки n=79			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-4)	18	7,2	1,6	3,6±0,2	14	8,3	2,1	3,5±0,2	4	5,1	2,4	2,8±0,2
Середній (5-8)	87	35,1	3,0	7,0±0,5	65	38,5	3,7	7,0±0,2	22	27,8	5,0	7,2±0,6
Достатній (9-12)	105	42,3	3,1	10,5±0,4	66	39,0	3,7	10,2±0,4	39	49,4	5,6	10,5±0,4
Високий (13-16)	38	15,3	2,2	13,8±0,4	24	14,2	2,6	13,7±0,5	14	17,7	4,2	14,0±0,3

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$

Таблиця 4.11

Розподіл учнів початкової школи за індексом самовладання; М+m бали

Рівні (бали)	Усього n=155				в тому числі							
					дівчатка n=97				хлопчики n=58			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-3)	8	5,2	4,0	2,8±0,2	5	5,1	2,2	2,9±0,2	3	5,2	2,9	2,5±0,4
Середній (4-6)	58	37,4	3,8	5,3±0,2	38	39,2	4,9	5,3±0,2	20	34,5	6,2	5,3±0,3
Достатній (7-9)	66	42,6	3,9	7,8±0,2	41	42,3	5,0	7,7±0,2	25	43,1	6,5	7,9±0,2
Високий (10-13)	23	14,8	2,8	10,6±0,3	13	13,4	3,4	10,5±0,3	10	17,2	4,9	10,6±0,4

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$

Таблиця 4.12

Розподіл учнів 5 – 9 класів за індексом самовладання; М+m бали

Рівні (бали)	Усього n=180				в тому числі							
					дівчата n=124				хлопці n=56			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-3)	12	6,7	1,8	2,1±0,3	11	8,9	2,5	2,2±0,3	1	1,8	1,6	0
Середній (4-6)	73	40,6	3,6	5,2±0,2	50	40,3	4,4	5,2±0,2	23	41,1	6,5	5,4±0,4
Достатній (7-9)	62	34,4	3,5	8,0±0,3	42	33,9	4,2	8,0±0,3	20	35,7	6,4	8,2±0,3
Високий (10-13)	33	18,3	2,8	10,8±0,3	21	16,9	3,3	10,8±0,2	12	21,4	5,4	10,7±0,3

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$

Таблиця 4.13

Розподіл старшокласників за індексом самовладання; М+m бали

Рівні (бали)	Усього n=248				в тому числі							
					дівчата n=169				юнаки n=79			
	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m	абс.	%	m	M+m
Низький (0-3)	17	6,9	1,6	2,9±0,1	11	6,5	1,8	2,9±0,1	6	7,6	2,9	2,6±0,1
Середній (4-6)	91	36,7	3,0	5,2±0,2	70	41,4	3,7	5,2±0,2	21	26,6	4,9	5,2±0,3
Достатній (7-9)	99	40,0	3,1	7,8±0,2	65	38,5	3,7	7,8±0,2	34	43,0	5,5	7,8±0,2
Високий (10-13)	41	16,5	2,3	10,7±0,3	23	13,6	2,6	10,7±0,2	18	22,8	4,7	10,8±0,3

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$

Результати дослідження за шкалою самовладання, яка характеризує рівень особистісного контролю емоційного стану відображено в табл. 4.11, 4.12, 4.13. З'ясовано, що достатній та високий рівні отримала практично однакова чисельність учнів різних вікових груп, а саме: $57,4 \pm 3,9\%$, $52,7 \pm 3,7\%$ та $56,5 \pm 3,1\%$ відповідно в 1-4, 5-9 та 10-11 класах. Серед старшокласників такі рівні самовладання були більш характерні для юнаків, ніж для дівчат ($60,3 \pm 6,4\%$, $57,1 \pm 6,6\%$ та $65,8 \pm 5,3\%$ проти $55,7 \pm 5,0\%$, $50,8 \pm 4,4$ та $52,1 \pm 3,8\%$ жіночої відповідно; $p < 0,05$). Водночас у решти, що складає 40-50%, виявлено середній та низький рівні самовладання. При цьому не простежено статевовікових відмінностей. У свою чергу постійний самоконтроль, стурбованість, вразливість і непередбачуваність вчинків та надмірно свідоме обмеження спонтанності призводять до підвищення внутрішньої напруги і втоми у школярів, що вимагає від учителів та батьків ставити адекватні вимоги, які відповідають реальним можливостям дітей.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що більшій половині учнів, незалежно від рівня навчання та його закладу, притаманний достатній і високий рівні наполегливості та самовладання, що свідчать про такий же рівень загальної вольової саморегуляції. Школярів з високим рівнем вольової саморегуляції, які є активними, вирізняються емоційною зрілістю, позитивною спрямованістю, впевненістю в собі, вміють реалістично оцінити та знайти вихід з несприятливої ситуації та володіють соціальними навичками було залучено до проведення заходів з профілактики шкільного травматизму.

При незначному відсоткові випадків з низьким рівнем індексу за зазначеними шкалами варто зосередитись саме на учнях, які мають середній рівень, адже за таких умов при наявності невпевненості, лабільності, імпульсивності, відсутності гнучкості й винахідливості на тлі стурбованості та внутрішньої напруги складно адекватно реагувати на ситуації, які априорі можуть викликати підвищення рівня тривоги, що приводить до зниження рівня формування мотивації до будь-якого навчання, в тому числі і правил безпечної поведінки.

Отримані відомості певним чином узгоджуються й перегукуються з даними щодо окремих видів тривожності. Їх подолання буде успішним при досягненні

високих рівнів наполегливості та самовладання. Цим якостям характеру слід приділяти суттєву увагу при формуванні особистості. Визначені в ході дослідження статево-вікові особливості учнів, які першочергово потребують уваги, дозволять скоригувати роботу вчителів та батьків. Перш за все в її спрямованості на виховання стійкості, здатності справлятися з неблагополуччям та несприятливою ситуацією, формування навичок спілкування та мотивації до навчання, що разом стане запорукою подолання конфліктності в усіх її проявах.

4.2 Психоемоційний профіль сучасних учителів загальноосвітньої школи та батьків учнівської молоді

Ще одним завданням дослідження стало вивчення психоемоційного стану найближчого оточуючого середовища учнів, а саме: вчителів та батьків.

Залежність поведінки людини підпорядковується властивостям її характеру, серед яких одним із провідних є відчуття тривоги. Певний її рівень вважається природним та обов'язковим при активній діяльності. Оптимальним і бажаним він є для кожного, оскільки так звана корисна тривожність вважається суттєвим компонентом самоконтролю та самовиховання. Безперечно, саме вчителі та батьки є визначальним фактором в процесі формування школяра як особистості з широкими компенсаторними можливостями, стійкого до сприйняття несприятливих ситуацій, пов'язаних із непередбаченою тривогою.

Опираючись на вищевикладене загально-визнане положення, було проведено опитування вчителів та батьків учнівської молоді, охоплених цим дослідженням, з метою визначення у них рівнів особистісної тривожності. За аналізом його результатів виявлено схильність до тривоги та встановлено існуючі тенденції сприймати широкий спектр ситуацій як загрозових та вміння відповідати на кожен із них певною природною реакцією. Дослідження проводилося із застосуванням методики А. Зверькова і Є. Ейдмана «Дослідження вольової саморегуляції» та оцінкою рівня ситуативної (реактивної) тривожності за тестом Ч.Спілберґера - Ю.Ханіна.

Беззаперечно особистісна тривожність активізується за сприйняттям окремих обставин, які оцінюються як загроза власній самооцінці, самоповазі та престижу. На рис. 4.1 подано інформацію щодо опрацювання даних проведеного психологічного тесту-дослідження.



Рис. 4.1 Розподіл учителів загальноосвітніх навчальних закладів та коледжу за рівнем особистісної тривожності за тестом Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна

Як видно на рис. 4.1, за рівнями тривожності вчителі розподілились наступним чином: низький виявлено в 1,5% опитаних; середній – у 48,0%, високий – у 50,5%, тобто практично половина респондентів має середній і низький, а друга половина – високий рівень тривожності. Такий розподіл викликає занепокоєння, особливо з огляду на відсутність суттєвих відмінностей показників серед загальноосвітніх навчальних закладів різного типу за територіальною приналежністю. Складається реальна ситуація, що лише в 1,5% вчителів, які мають низький рівень тривожності, зафіксовано нормальний емоційний стан і їм навіть варто порадити не стримуватись і проявляти більше емоцій в різних ситуаціях. Як позитив слід оцінювати наявність середнього рівня тривожності, що свідчить про благополуччя і адекватну реакцію та занепокоєння за несприятливих обставин, які можуть виникати. У половини вчителів під час проведення психологічного тесту виявлено високий рівень тривожності. Він суб'єктивно супроводжується напруженням, заклопотаністю та стурбованістю. Для таких ситуацій характерним є

підвищене, необґрунтоване занепокоєння, що, по суті, заважає в роботі і від якого слід позбутися. Виникає потреба в аналізі причин з їх подальшим нівелюванням. За таких умов ускладнюється успішне виконання обов'язків педагога, адже високий рівень тривожності, що проявляється у схильності без видимих для цього обставин до занепокоєння, що опосередковується нестабільністю самооцінки та невпевненістю, особливо коли це стосуються компетентності та престижу вчителя. Володіючи такою інформацією, учитель має можливість для продуктивної та ефективної діяльності у своїй професійній сфері шляхом самоконтролю.

Підтвердженням зазначеного слід вважати відповіді вчителів на питання анкети щодо з'ясування рівня вольової саморегуляції. В результаті їх аналізу і проведеного відповідного розрахунку було виявлено низький, середній, достатній та високий рівні за наступними шкалами: загальна, наполегливість та самовладання (рис. 4.2).

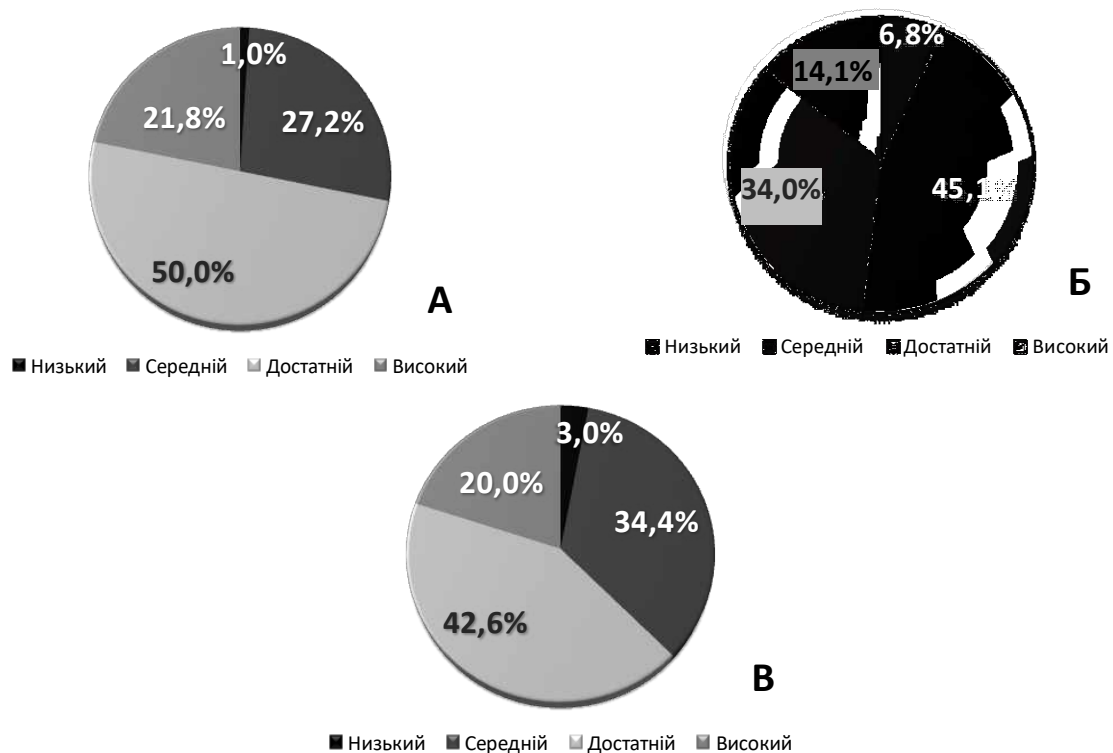


Рис. 4.2 Розподіл учителів загальноосвітніх навчальних закладів та коледжу за індексами вольової саморегуляції (за методикою А. Зверькова та Є. Ейдмана); шкали: А – загальна; Б – наполегливість; В – самовладання.

Встановлено, що переважна більшість (71,8%) вчителів має достатній та високий рівень загальної саморегуляції. Вони планомірно втілюють власні наміри, вміють володіти емоціями, контролюють свої вчинки, добре рефлексують особисті мотиви. До того ж кожен третій (27,2%) за результатами тестування має середній рівень, що дозволяє вчителям у складних випадках володіти ситуацією з можливим наростанням внутрішньої напруги, яка підпорядковується бажанню контролювати власну поведінку і тривожність через найменшу її спонтанність. Лише до 1,0% вчителів виявили низький рівень саморегуляції. На наше переконання, це пов'язано або з доволі молодим віком та невеликим стажем роботи або надмірною чутливістю, як ознакою характеру. Наведені відомості підкріплено даними, отриманими за шкалою самовладання. За нею середній, достатній і високий рівень мають 34,4%, 42,6% та 20,0% опитаних і лише 3,0% - низький, тобто при частоті виявлення у вчителів високого рівня особистісної тривожності практично всі володіють довільним контролем емоційних реакцій і станів, вони готові до сприйняття нового і, як правило, поєднують у собі свободу поглядів з тенденцією до новаторства. Однак постійний самоконтроль, свідоме обмеження спонтанності може стати причиною втоми. Мабуть, за таких умов, порівняно з іншими шкалами, при визначенні особливостей характеру за ознакою *наполегливості* виявилось, що 6,8% респондентів мали низький рівень. Дещо менше за даною шкалою вчителів із достатнім та високим рівнями (34,0% та 14,1% відповідно), проте вони разом із другою половиною (45,1%), яка має середній рівень, мобілізують зусилля і залучають альтернативні шляхи до вирішення запланованої справи.

Таким чином, за результатами проведеного аналізу виявилось, що половині вчителів притаманна особистісна тривожність як ознака властивості характеру. Водночас наполегливість та самовладання, якими вони володіють, дозволяють об'єктивно оцінити загрозу несприятливих ситуацій і контролювати дії та власні реакції, досягаючи при цьому бажаних результатів.

Подібне дослідження проводилося і серед батьків учнів. Аналіз результатів та розподіл їх за рівнем особистісної тривожності зображено на рис. 4.3.



Рис. 4.3 Розподіл батьків учнів загальноосвітніх навчальних закладів та коледжу за рівнем особистісної тривожності за тестом Ч.Спілбергера – Ю.Ханіна.

Отримані результати дослідження батьків у більшості своїй були близькими до результатів учителів, проте мали свої особливості, які стосувалися передусім типу реагування на ситуації загрозливого характеру. Серед цього контингенту значно більше ($4,6 \pm 1,5\%$ проти $1,5 \pm 0,8\%$ серед учителів; $p < 0,05$) з нормальним рівнем тривожності, який сприймається як адекватний прояв на проблеми, пов'язані з активною життєдіяльністю. Привертає увагу суттєва перевага осіб із середнім рівнем особистісної тривожності ($62,7 \pm 3,6\%$ проти $48,0 \pm 3,5\%$ учителів відповідно; $p < 0,05$). Це свідчить про достатньо спокійне, стримане ставлення до несприятливих ситуацій. Батьки, яким притаманний середній рівень особистої тривожності, проявляють обґрунтоване занепокоєння при негараздах, що узгоджується із поняттям корисної тривоги. Високий рівень тривожності спостерігався практично в кожного третього респондента ($32,7 \pm 3,5\%$ батьків проти $50,5 \pm 3,5\%$ серед учителів; $p < 0,05$). Їм також відповідає підвищене, часом необґрунтоване напруження у складних обставинах, що негативно за певних умов може впливати на взаємостосунки в сім'ї, колективі. Проте дослідження за аналізом вивчення індексу вольової саморегуляції та таких рис характеру, як наполегливість та самовладання, виявило високі показники їх рівнів. Вони не відрізняються від величин, отриманих при опитуванні вчителів.

Як видно із порівняння даних рис. 4.2 та рис. 4.4, лише 6,0% батьків та вчителів вирізняються за низьким рівнем наполегливості і самовладання. Це переважно люди молодого віку, вони чутливі за натурою та емоційно вразливі. Тут варто звернути увагу, що за умов вольової саморегуляції, яка є низькою лише в поодиноких випадках, решті вдається опанувати власною поведінкою та коригувати свої дії в різних життєвих ситуаціях.

Таким чином, завдяки проведеним опитуванням за загальновідомими та поширеними в клінічній практиці методиками «Дослідження вольової саморегуляції» А. Зверькова та Є. Ейдмана та оцінці рівня ситуативної тривожності за тестом Ч.Спілбергера - Ю.Ханіна, спрямованих на визначення особливостей психоемоційного профілю людей - найближчого оточення учнів та на підставі отриманої інформації стало можливим скласти загальний сучасний профіль вчителів та батьків. Зазначене особливо важливе з огляду визначення їх готовності та можливості щодо формування у школярів основ культури здоров'я і, зокрема, безпечної поведінки.

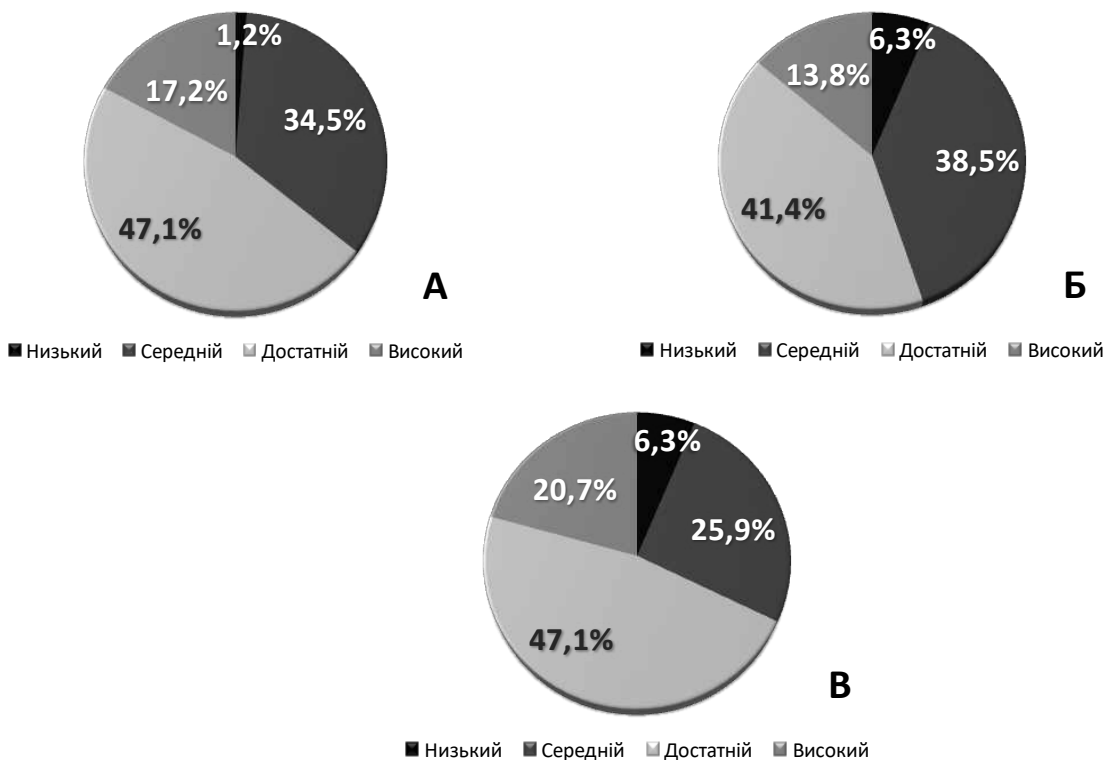


Рис. 4.4 Розподіл батьків учнів загальноосвітніх шкіл та коледжу за індексами вольової саморегуляції (за методикою А. Зверькова та Є. Ейдмана); шкали: А – загальна; Б – наполегливість; В – самовладання.

У половини вчителів загальноосвітніх навчальних закладів та коледжу виявлено характерний рівень особистісної тривожності, який, за винятком поодиноких випадків, притаманний їм у своїй більшості середнього, достатнього та високого рівнів вольової саморегуляції із такими якостями характеру, як самовладання та наполегливість. Вони прагнуть до здійснення розпочатої справи, для них характерна повага до соціальних норм, готовність до сприйняття нового, що поєднується зі свободою поглядів та тенденцією до новаторства, розумінням необхідності і здатністю до опанування особистою поведінкою, тобто сучасні вчителі володіють широкими компенсаторними можливостями щодо своїх властивостей. Однак, слід звернути увагу, що високі рівні особистісної тривожності можуть бути перешкодою щодо виконання професійної діяльності вчителів та негативно впливати на їх здатність формувати здоров'язберігаючу поведінку учнів і вимагають корекції.

Психоемоційний профіль батьків учнівської молоді характеризується більшою часткою серед них осіб із низьким та середнім рівнями особистісної тривожності порівняно з учителями, що можна пояснити певною мірою особливістю професії останніх. Це означає, що переважній більшості батьків притаманна оптимальна природня реакція на неблагополуччя та негативну ситуацію. Наявність особистісної тривожності у кожного третього із батьків та схильність до неї із активізацією у випадках, що сприймаються як загрозові, піддається контролю, за винятком окремих, оскільки вони мають середній, достатній та високий рівні самовладання і наполегливості.

Висновки до розділу 4

1. Під час дослідження психоемоційного стану учнівської молоді виявлено наступні особливості видів та рівнів тривожності. Значній більшості школярів 1-4 та 5-9 класів властивий нормальний рівень загальної тривожності (71,6% та 66,1% відповідно), а у старшокласників даний показник нижче - лише у 44,0%, однак вони вирізнялися за рівнем надмірного спокою - 44,7% (проти 17,4% та 21,7% відповідно;

$p < 0,05$). При перевазі нормального рівня шкільної тривожності серед усіх учнів (63,2%, 58,3% та 61,75 відповідно; $p < 0,05$) практично у кожного четвертого з них він є підвищеним, високим та дуже високим; самооцінювальна тривожність – у половини старшокласників і у третини учнів 1-4 та 5-9 класів проявляється надмірним спокоєм; міжособистісна – виділяється за частотою, вищою від нормального рівня тривожності серед школярів 1-4 класів (23,2%) і надмірним спокоєм у учнів 5-9 (20,0%) та 10-11 класів (21,3%).

2. З'ясовано, що більшості учнів притаманний достатній і високий рівні загальної вольової саморегуляції (55,5%, 68,9% та 60,5% серед 1-4, 5-9 та 10-11 класів) головним чином особам чоловічої статі, особливо серед старшокласників. Водночас у половини школярів початкових класів, у кожного третього учня 5-9 і старших класів спостерігається напруженість, тривожність, схильність до спонтанної поведінки в складних ситуаціях.

3. Достатній і високий рівні наполегливості визначено у 52,3%, 45,0% і 57,6% школярів початкових, учнів 5-9 класів та старшокласників відповідно з перевагою ознаки серед осіб чоловічої статі. Проте активна позиція до реалізації власних намірів відсутня більшою мірою серед осіб жіночої статі (у 44,5%, 47,8% та 35,1% випадках відповідно).

4. Більшість учнівської молоді, незалежно від віку (від 52,7% до 57,4%) мають достатній і високий рівні довільного контролю за шкалою самовладання з переважною більшістю серед осіб чоловічої статі, які навчаються в 10-11 класах. Водночас у 40-50% випадків спостерігається середній і низький рівні зазначеної риси характеру.

5. Виявлено, що половині вчителів властивий високий рівень особистісної тривожності, які, за винятком поодиноких випадків, за наявності високого (71,8%) та середнього (27,2%) рівнів загальної саморегуляції, завдяки своєму самовладанню із середнім (34,4%), достатнім (42,6%) і високим (20,0%) його рівнями, а також наполегливості (45,1%, 34,0% та 14,1% відповідно) розуміють необхідність і здатні до опанування особистою поведінкою, прагнуть до досягнення мети із притаманною їм повагою до соціальних норм, сприйняттям нового та готовністю до новаторства.

6. З'ясовано особливості психоемоційного профілю батьків сучасної учнівської молоді, серед яких, на відміну від учителів, переважає низький і середній рівень особистісної тривожності (4,6% та 62,7% відповідно), що свідчить про притаманну їм оптимальну природну реакцію на неблагополуччя. Водночас висока тривожність у кожного третього (32,7%) піддається контролю, оскільки вони мають в переважній своїй більшості середній, достатній та високий рівні самовладання і наполегливості.

7. Аналіз психоемоційних особливостей школярів з урахуванням статевовікових особливостей дозволив виявити контингент групи ризику та аргументувати необхідність проведення корекційних занять, направлених на усунення причин, які викликають підвищену тривожність та необхідність формувати в учнів здатність до їх подолання.

8. Встановлено, що високі рівні тривожності, які притаманні вчителям та батькам, можуть негативно впливати на їх здатність формувати здоров'язберігаючу поведінку учнів і вимагають проведення індивідуальної або групової корекції із залученням професійних психологів.

РОЗДІЛ 5

ОСНОВНІ ПЕРЕДУМОВИ ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ В ШКОЛЯРІВ

Аналіз статистичних даних з питання шкільного травматизму дав підставу для висновку, що його профілактика, а з цим відповідно й культура здоров'я є медичним, психологічним і педагогічним явищем, рівень якого залежить від якості характеру їх сумарної дії та сприйняття їх особистістю в різних вікових періодах життя. Логічним вважаємо припущення, що профілактика шкільного травматизму буде результативнішою за умови створення та впровадження моделі профілактики травматизму у школярів на базі формування культури здоров'я у процесі навчальної підготовки. Підвищити мотивацію до пропагування здорового способу життя в учнівської молоді можливо лише шляхом оновлення змісту навчальних програм, використання медичних та педагогічних інтерактивних засобів навчання з профілактики травматизму.

Створення такої моделі потребує обґрунтування змісту, етапів, складових персоніфікованої технології формування профілактичних навичок досягнення благополуччя та збереження здоров'я, які визначатимуть її структуру. Цілком природною за таких умов є необхідність вивчення та можливості розв'язання даного актуального питання, спираючись на обґрунтовані критеріїв: мотиваційно-особистісного, когнітивного та діяльнісного. Крім того, для його реалізації потрібно враховувати вік школярів, а також найближче середовище, що їх оточує, а саме: вчителів, батьків, однокласників тощо, адже без їх соціального досвіду, життєвих навичок та завдячуючи активній безпосередній участі в процесі формування в учнів технологій зміцнення, популяризації та збереження здоров'я, унеможлиблюється досягнення результату.

Зазначене обумовило послідовність подачі результатів власних досліджень для вивчення передумов щодо необхідності удосконалення профілактики травматизму у школярів з багатоаспектної точки зору.

5.1 Обґрунтування умов формування принципів удосконалення профілактики травматизму серед школярів різних вікових груп

Спочатку подаємо загальні відомості щодо контингенту учнів 1-4, 5-9 та 10-11 класів, які навчалися в загальноосвітніх навчальних закладах різних рівнів за територіальною приналежністю (обласного, районного, сільського та міського) з визначенням особистісно - орієнтованої готовності до здоров'язбережувальної поведінки як основи профілактики травматизму у школярів. Як зазначалося в другому розділі, опитуванню за спеціально розробленими анкетами підлягало 686 учнів, з яких $30,0 \pm 1,7\%$ навчалися в 1-4 класах, $27,0 \pm 1,7\%$ – у 5-9 та $43,0 \pm 1,9\%$ – в 10-11 класах, яких було значно більше (рис. 5.1).

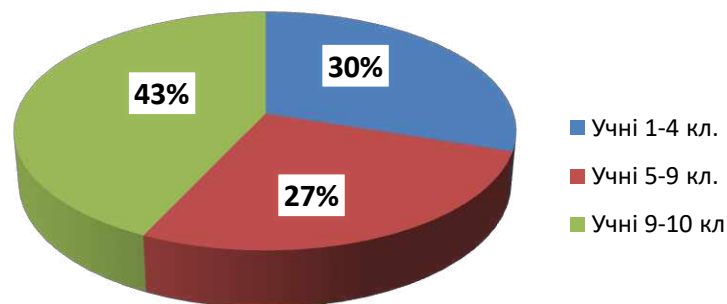


Рис. 5.1 Розподіл учнів за рівнем освітньої підготовки

Як зазначалося, були представлені й різні за рівнем навчальні заклади, а саме: Богданівська ЗОШ I-III ступенів №1 ім. І.Г.Ткаченка, КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області», гімназія імені Т.Г.Шевченка (м. Кропивницький), Кіровоградський медичний коледж імені Є.Й.Мухіна. Підкреслимо ще раз особливість обраного підходу вивчення у вигляді охоплення дослідженням учнів не тільки різного вікового періоду, але й з урахуванням різних навчальних закладів за територіальним розташуванням. Це дозволило виявити наявні можливі потреби в площині усунення помилок при плануванні заходів з формування навичок культури здоров'я, допомогло в розробці

заходів щодо створення сприятливого середовища та запобігання травматизму в дітей.

На рис. 5.2 подаємо розподіл учнів, що ввійшли до дослідження, з урахуванням закладів освіти.

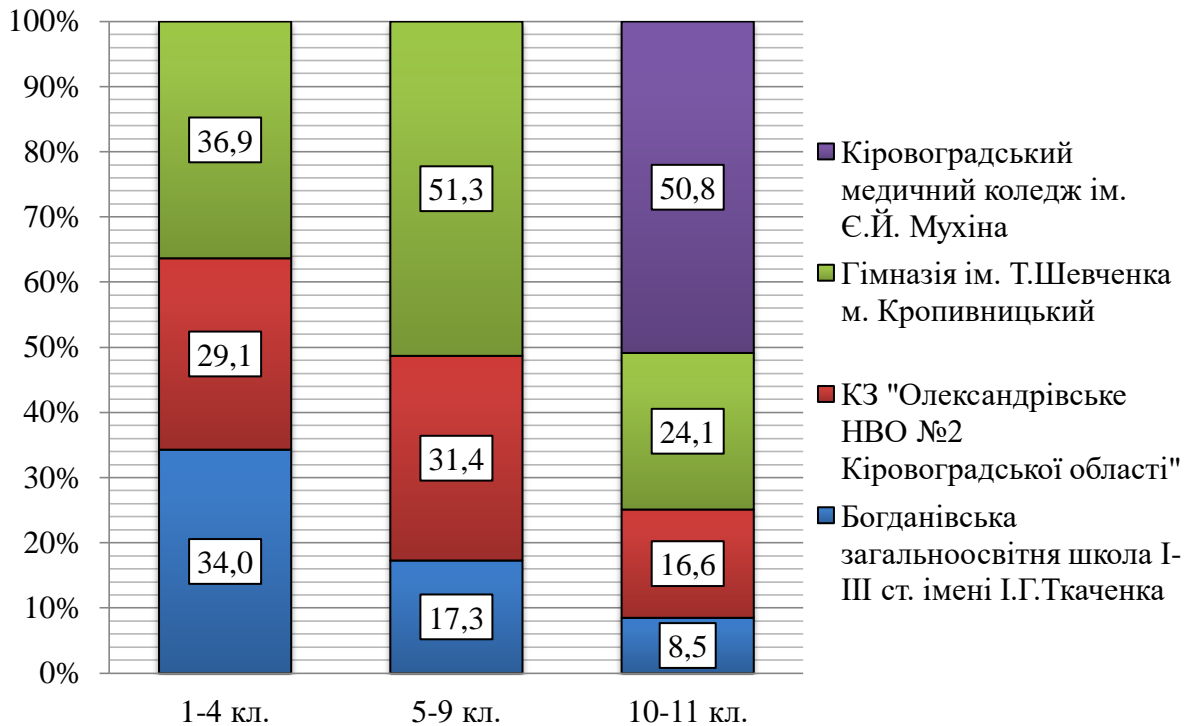


Рис. 5.2 Розподіл учнів за рівнем освітньої підготовки з урахуванням навчальних закладів.

Примітка: Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$.

Результати аналізу даних (рис. 5.2) свідчать, що учні 1-4 класів представлені практично рівною мірою з усіх закладів ($34,0 \pm 3,3\%$, $29,1 \pm 3,1\%$, $36,9 \pm 3,3\%$ відповідно з Богданівської загальноосвітньої школи I-III ступенів №1 імені І.Г.Ткаченка, КЗ «Олександрівське НВО №2 Кіровоградської області» та гімназії імені Т.Г.Шевченка (м. Кропивницький); 5-9 та 10-11 класів – значно менше в школі сільського типу ($17,3 \pm 2,8\%$ та $8,5 \pm 1,6\%$ проти $31,4 \pm 3,4\%$ та $16,6 \pm 2,2\%$ і $51,3 \pm 3,7\%$ та $24,0 \pm 2,4\%$ відповідно; $p < 0,05$). Такий розподіл чисельності старшокласників, певним чином, обумовлений характерною на сьогодні загальною особливістю структури населення України в залежності від місця проживання, а також бажанням отримати вищий рівень освітньої підготовки в закладі міського типу. Окремо виділимо

медичний коледж, де учнів 10-11 класів значно більше, оскільки було бажання вивчити не тільки їх готовність щодо збереження здоров'я, а найбільше, з точки зору свідомості, можливості популяризації та проведення серед учнівської молоді профілактичної роботи щодо збереження здоров'я, спираючись на специфіку обраної професії [122].

Серед опитаних превалювали особи жіночої статті, їх було практично вдвічі більше, що відображено на рис. 5.3.

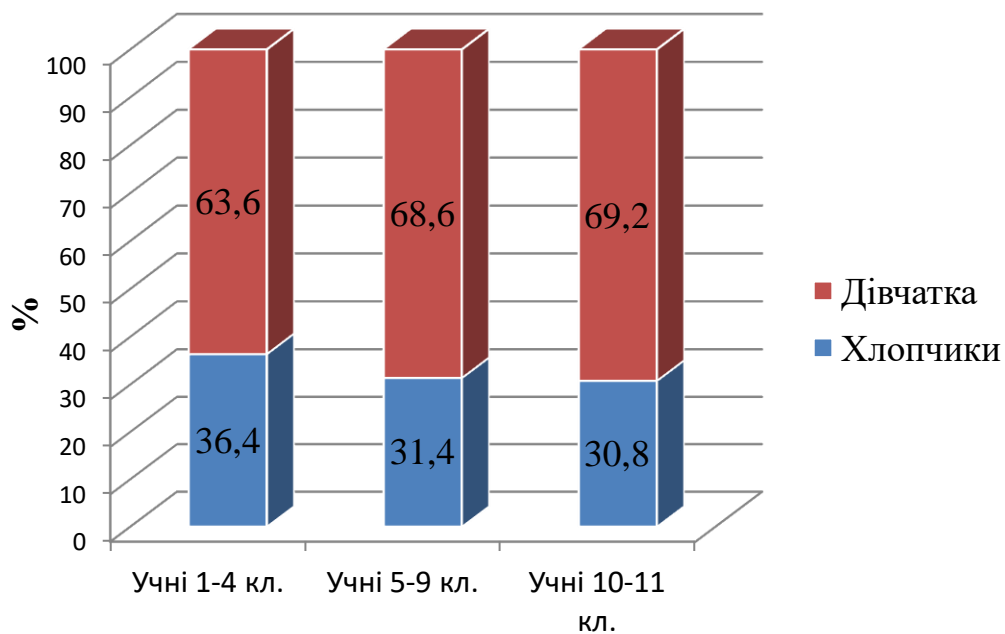


Рис. 5.3 Розподіл учнів за статтю в групах спостереження.

Примітка: Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Для з'ясування підходів, принципів та розробки стратегії і напрямів покращення формування профілактики шкільного травматизму необхідними є дані щодо місця отримання травм, досвіду та ситуації, за яких вони виникли. Не менш важливим є визначення готовності учнів різних класів до формування основ збереження здоров'я, підвищення мотивації, впевненості у сприяттні зміцнення здоров'я. Встановлено, що майже кожен третій з опитаних школярів мав травми за різних обставин, які пов'язані з навчальним процесом, зокрема, по дорозі до школи (191 із 686, що становило 27,8%). Крім того, 43 із 191 учня (22,5%) мали не поодинокі травми, у 31 школяра було по дві травми (72,0%), у 12 учнів - три і більше (28,0%).

Розподіл за досвідом отримання шкільних травм в групах спостереження, а по суті в різному шкільному віці, представлений на рис. 5.4 [122].

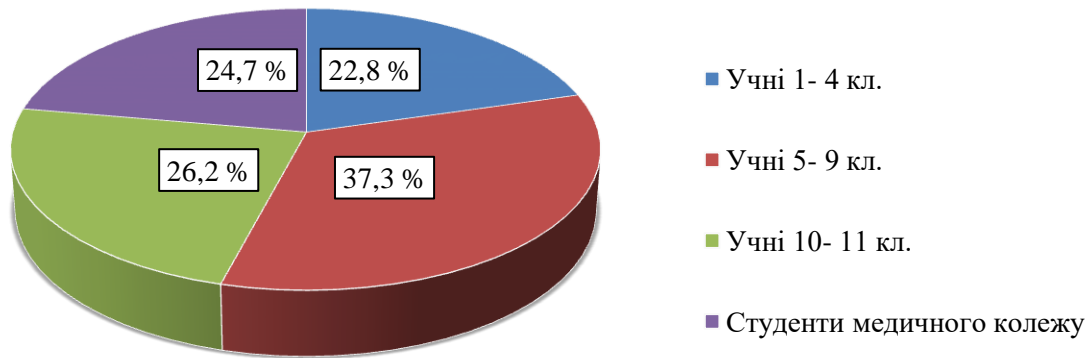


Рис. 5.4 Розподіл учнів за досвідом отриманих шкільних травм у групах спостереження.

За результатами аналізу даних, наведених на рис. 5.4, можна стверджувати, що найбільш вразливими щодо отримання шкільних травм під час навчання є учні 5-9 класів, вік яких становив 11-15 років, частка яких серед загальної кількості складала 27,0%, адже $37,3 \pm 3,5\%$ випадків шкільного травматизму трапилося саме в зазначений період навчання. Друге місце зайняли старшокласники - у віці 15-18 років. Із загальної їх кількості (295) – 75 осіб мали травми ($26,2 \pm 3,5\%$). Враховуючи специфіку медичного коледжу, вважали доцільним виділити зазначені випадки окремо по закладу. Виявилось, що у кожного четвертого студента ($24,7 \pm 3,5\%$) був досвід отримання шкільних травм, що статистично не відрізняло їх від решти учнів цього віку. Кожен п'ятий ($22,8 \pm 2,9\%$) школяр 1-4 класів також мав досвід отримання травм, пов'язаних із перебуванням у школі.

Далі було вивчено види травм, систематизовано й представлено за своєю частотою серед їх загальної кількості (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

**Частота видів шкільного травматизму з урахуванням
рівня освітньої підготовки школярів**

Вид травми	1 – 4 класи			5 – 9 класи			10 – 11 класи			Усього		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
Забій	26	51,0	7,0	44	44,4	4,9	41	41,8	4,9	111	44,8	3,1
Вивихи	14	27,4	6,2	26	26,3	4,4	24	24,5	4,3	64	25,8	2,7
Порізи	8	15,6	5,0	11	11,1	3,1	9	9,2	2,9	28	11,3	2,0
Перелом кінцівок	1	2,0	1,7	16	16,2	3,7	19	19,4	3,9	36	14,5	2,2
Опіки	2	4,0	2,7	2	2,0	1,4	2	2,0	1,4	6	2,4	0,9
Інше	-	-	-	-	-	-	3	3,1	-	3	1,2	0,5
Разом	51	100,0		99	100,0		98	100,0	-	248	100,0	

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Беручи до уваги, що із 191 учня, як відмічалось вище, 43 школярі мали по декілька травм, то всього таких випадків було 248. У структурі шкільного травматизму серед учнів переважали забої ($44,8 \pm 3,1\%$), вивихи – спостерігалися у кожного четвертого учня ($25,8 \pm 2,7\%$). На переломи кінцівки припадало $14,5 \pm 2,2\%$ випадків, і цей вид займав третє місце; на порізи - $11,3 \pm 2,0\%$; опіки та інші травми становили всього $2,4 \pm 0,9\%$ та $1,2 \pm 0,5\%$ відповідно. Серед учнів молодших класів розподіл був інший. З-поміж них лише $2,0 \pm 1,7\%$ припадало на перелом кінцівки, а дещо більше $4,0 \pm 2,7\%$ - на опіки. Переважали ($94,0\%$) менш складні травми: забої ($51,0 \pm 7,0\%$), вивихи ($27,4 \pm 6,2\%$) та порізи ($15,6 \pm 5,0\%$). Можливо, це пов'язано з підвищеною увагою батьків та вчителів до зазначеної категорії школярів. При розгляді цього питання в розрізі закладів, які відрізнялися за територіальним розташуванням ситуація була наступна. Так, у Богданівській загальноосвітній школі I-III ступенів №1 виділялись учні 1-4 класів, для яких характерною виявилася частота складніших травм: $78,5\%$ випадків від усіх отриманих вивихів, $50,0\%$ – порізів та 100% – опіків. Іншими були результати в школярів 5-9 та 10-11 класів. Більшість усіх видів травм серед учнівської молоді 5-9 класів припала на гімназію імені Т.Г.Шевченка: переломів кінцівок - $43,8\%$, забоїв - $45,4\%$, вивихів - $53,8\%$ та порізів - $63,6\%$. Неочікуваними виявилися результати по старшокласниках. Тут

виділявся Кіровоградський медичний коледж за частотою усіх видів травм. Найбільше було випадків забоїв - 48,8%, вивихів - 37,5%, порізів - 33,3% та переломів кінцівок - 52,6% із загальної кількості їх відповідно. Для детального та більш глибокого вивчення описаної ситуації важливо визначити місце виникнення травм. Для з'ясування цього проаналізуємо дані табл. 5.2, в якій подано такий розподіл в площині різних вікових груп [120, 122].

Таблиця 5.2

**Частота місць виникнення травм з урахуванням
рівня освітньої підготовки школярів**

Місце травм	1 – 4 класи			5 – 9 класи			10 – 11 класи			Усього		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
По дорозі до чи зі школи	13	23,6	5,7	22	40,0	6,6	20	36,4	6,4	55	23,4	2,7
Шкільне подвір'я	16	29,6	6,2	22	40,7	6,6	16	29,6	6,2	54	23,0	2,7
На перерві	13	23,6	5,7	20	36,4	6,4	22	40,0	6,6	55	23,4	2,7
На уроці	-	-	-	6	60,0	15,5	4	40,0	15,5	10	4,2	1,3
Спортивна зала	1	2,0	1,7	23	46,0	7,0	26	52,0	7,0	50	21,3	2,6
Їдальня	3	60,0	21,0	1	20,0	17,8	1	20,0	17,8	5	2,1	0,8
Під час конфліктної ситуації	1	16,7	15,2	5	83,3	15,2	-	-	-	6	2,6	1,0
Разом	47	20,0*	2,6	99	42,1	3,2	89	37,9	3,1	235	100,0	

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Спочатку зазначимо, що, за винятком учнів молодших класів, решта опитаних відмічала по декілька місць отримання травм. Так, 10 із 69 учнів 5-9 класів вказали на два, а 8 – на три їхні варіанти, серед 75 старшокласників таких випадків було 8 та 3 відповідно. У результаті частота місць виникнення травм розраховувалась, виходячи із 235 випадків. З наведеної в табл. 5.2 інформації випливає, що практично однаково часто учні отримують травми по дорозі до чи зі школи, на шкільному подвір'ї, під час перерви та у спортивній залі. На такі травми припадає разом 91,1% випадків. Решта трапляється під час проведення уроку ($4,2 \pm 1,3\%$), в їдальні ($2,1 \pm 0,8\%$) та у разі виникнення конфліктної ситуації між однолітками ($2,6 \pm 1,0\%$). Їдальня та шкільне подвір'я є найбільш небезпечним місцем для учнів молодших

класів, тоді як для школярів 5-9 класів – серед інших за частотою виділяються спортивна зала та шкільне подвір'я, для старшокласників таким місцем є спортивна зала. Більше того, звертає на себе увагу той факт, що із 26 випадків травм, отриманих в спортивній залі, 53,8% припало на студентів медичного коледжу, а кожний четвертий випадок мав місце серед учнів гімназії. Травми, отриманні під час конфліктних ситуацій, були типовими для учнів 5-9 класів переважно в закладах сільського та районного рівнів.

Підсумовуючи отриману інформацію, виділяємо місця підвищеного ризику виникнення шкільного травматизму залежно від віку дітей: для 1-4 класів - це шкільне подвір'я та їдальня, для учнів 5-9 класів характерним є отримання травм під час конфліктних ситуацій. До речі, зазначене притаманне школярам сільської та районної загальноосвітніх навчальних закладів. А ось частота отримання травм у спортивній залі в старшокласників пов'язана перш за все із заняттям спортом.

Для вирішення проблемного питання попередження виникнення травм, зокрема шкільних, важливими є такі ключові аспекти, як-от: прагнення навчатися правилам безпечної поведінки та знати найбільш зручні, комунікативні, на думку учнів, джерела інформації щодо запобігання травматизму. Опрацювання відповідей висвітлило результативність, організацію, якість і змістовність освітньої просвітницько-програмної роботи та недостатній рівень свідомості й відповідальності учнівської молоді за стан власного здоров'я та опанування навичками самозбереження. При цьому простежується негативна тенденція формування в молоді основ збереження здоров'я з віком. Тільки в поодиноких випадках учні 1-4 класів не виявили бажання знати правила профілактики, а у 5-9 класах відсоток становив вже 10,3% (негативно відповіли 19 із 185 осіб); у старшокласників цей показник зріс до 25,8% (76 із 295) – це майже кожен четвертий. Виявлено, що у 19,8% випадків школярі 5-11 класів демонструють відсутність зацікавленості в обізнаності з правилами безпеки. У розрізі окремих закладів простежена особливість була притаманна кожному третьому учню 5-9 класів Богданівської загальноосвітньої школи і, що привертає особливу увагу, такій ж

чисельності студентів Кіровоградського медичного коледжу (31,2% та 31,3% відповідно по закладах; $p < 0,05$).

Дані, які було отримано під час дослідження, свідчать, що молодь має специфічне світосприйняття, вважаючи себе абсолютно здоровою, що не спонукає до активної здоров'язберезувальної поведінки, адже саме в цьому віці неприсутнє розуміння особливостей і переваг ведення здорового способу життя. За відсутності почуття небезпеки, яке притаманне більш старшому поколінню, не виникає і потреби щодо запобігання травматизму. Тільки усвідомлення відповідальності за своє здоров'я, сім'ї та оточуючих емоційно позитивне ставлення до нього є показником сформованої готовності щодо дотримання культури здоров'я. Зазначення саме цієї проблеми підтверджено відповідями школярів: кожен третій (31,7%) не готовий брати участь у проведенні профілактичних заходів серед однокласників чи дітей молодших класів. З віком даний показник тільки зростає: в учнів 5-9 класів він складає $26,7 \pm 3,2\%$, у старшокласників – $34,2 \pm 2,7\%$ ($p < 0,05$).

Не менш важливими про рівень знань з основ безпечної поведінки є дані щодо отримання відомостей школярами різних вікових груп за кількістю та видами джерел інформації. У табл. 5.3 представлений розподіл за кількісною ознакою.

Таблиця 5.3

Розподіл учнів за кількістю джерел, з яких вони отримують інформацію щодо запобігання травматизму

Кількість джерел	Учні класів											
	1 – 4			5 – 9			10 – 11			Усього		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
1	64	31,0	3,2	49	26,5	3,2	121	41,0	2,8	234	34,1	1,8
2	88	42,7	3,4	50	27,1	3,2	67	22,7	2,4	205	30,0	1,7
3	35	17,0	2,6	55	29,7	3,3	75	25,4	2,5	165	24,0	1,6
4	15	7,3	1,8	20	10,8	2,2	21	7,2	1,4	56	8,2	1,0
5	4	2,0	0,9	6	3,2	1,2	-	-	-	10	1,4	0,4
Не знають	-	-	-	5	2,7	1,1	11	3,7	1,0	16	2,3	0,5
Разом	206	100,0		185	100,0		295	100,0		686	100,0	

Примітка: 1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Як видно з даних табл. 5.3, загалом $64,1 \pm 1,8\%$ учнів незалежно від рівня освітньої підготовки найчастіше використовують 1-2 джерела, а саме: в 1-4 класах про це зазначили $73,7 \pm 3,3\%$ учнів, в 5-9 – $53,6 \pm 3,2\%$ та в 10-11 – $63,7 \pm 2,6\%$. Варто зауважити, що $2,3\%$ учнів не відповіли на запитання. Зважаючи на наявність 2-5 джерел при аналізі частоти їх використання, до розрахунку ввійшло 1431 одиниця виміру, що відображено у табл. 5.4 у розрізі груп спостереження.

Таблиця 5.4

**Інформаційні джерела, з яких школярі отримують відомості
щодо основ безпечної поведінки**

Джерела	Учні класів								
	1 – 4		5 – 9		10 – 11		Усього		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	m
Вчителі	163	38,3	145	33,8	216	37,5	524	36,6	1,3
Лікарі, мед. працівники	29	6,8	73	17,0	99	17,2	201	14,0	0,9
Батьки та родичі	149	35,0	138	32,2	166	28,8	453	31,7	1,2
Інтернет	32	7,5	31	7,2	42	7,4	105	7,3	0,6
Телебачення, радіо	36	8,4	20	4,6	25	4,3	81	5,7	0,6
Газети, журнали	3	0,7	8	1,9	10	1,7	21	1,5	0,3
Однокласники	13	3,1	9	2,1	7	1,2	29	2,0	0,3
Не знає	1	0,2	5	1,2	11	1,9	17	1,2	0,2
Разом	426	100,0	429	100,0	576	100,0	1431	100,0	

Примітка:1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$.

За результатами даних табл. 5.4 спостерігається, що найчастіше кожен третій школяр бажану інформацію отримує від учителів ($36,6 \pm 1,3\%$) та батьків і родичів ($31,7 \pm 1,2\%$). Лише $14,0\%$ учнів отримує дані щодо запобігання травматизму від лікарів та медичних працівників; $7,2\%$ респондентів користуються ресурсами засобів масової інформації, а саме: газет, журналів, радіо і телебачення. Такий же відсоток учнівської молоді використовує для цього Інтернет. Незначна чисельність

опитаних ($1,2 \pm 0,3\%$) не змогла зазначити інформаційних джерел; за частою із загальної чисельності виділялися старшокласники.

Не менш важливими в розрізі цього дослідження є дані щодо видів отримання бажаної інформації та кількості джерел щодо запобігання травматизму. Особливість у потребі розширення можливостей доступу до інформації серед учнів 1-4 класів була типовою для всіх загальноосвітніх закладів. Так, 35% з них хотіли б керуватися трьома та більше джерелами проти $26,3 \pm 3,0\%$ на сьогоднішній день ($p < 0,05$). Серед опитаних учнів 5-9 класів бажання щодо кількісних змін джерел інформації не спостерігалось. Простежено, що чим старші школярі, тим зменшується потреба в чисельності джерел. Зокрема, тільки $23,5 \pm 1,4\%$ учнів 10-11 класів відмітили більше трьох, з яких би вони хотіли пізнавати принципи безпечної поведінки проти $32,5 \pm 1,8\%$ тих, хто користувався такою кількістю. Водночас визначено принципові відмінності щодо бажаних джерел інформації. Суттєво в цілому вони зросли до 11% проти 7,3%, а серед старшокласників – до 21,7%. Можливість використання Інтернет-ресурсів перемістилася на третє місце. Незмінними лідерами щодо отримання бажаної інформації залишилися вчителі та батьки, розділивши перше і друге місця відповідно. Варто вказати на зменшення частки бажаючих (до 11,0% проти 14,0%) отримувати знання від медичних працівників. Значного зниження (до 1,4%) щодо застосування зазнають газети та журнали. Наведене вище співвідношення бажаних і наявних видів доступних інформаційних джерел набуває вагомості з точки зору розкриття основних принципів та напрямів, на основі яких здійснено пошук, когнітивний аналіз та систематизація системних зв'язків при розв'язанні питань нашого дослідження. Обумовлюється потреба вивчення мотиваційно-особистісного компоненту готовності пізнання та дотримання профілактичних заходів шкільного травматизму, а також актуалізується необхідність сприяння отримання знань з охорони та зміцнення здоров'я учнів.

Роботу в зазначеному напрямку теж було проведено. Дані дослідження щодо сформованої готовності школярів до запобігання травматизму за обраними критеріями подані в табл. 5.5.

Таблиця 5.5

**Розподіл школярів за критеріями готовності до здоров'язбережувальної поведінки
в групах спостереження (%)**

Критерії готовності учнів до здоров'я - збережувальної поведінки	Учні класів															
	1 - 4				5 - 9				10 - 11				Усього			
	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній
Мотиваційно ціннісний:																
%	66,3	27,7	6,0	-	70,1	22,3	5,7	1,8	64,0	28,7	6,0	1,2	66,8	26,2	5,9	1,1
m	8,5	6,6	1,7	-	5,8	3,3	1,7	0,3	5,4	4,2	1,3	0,3	5,4	4,7	1,5	0,3
Особистісний:																
%	19,4	24,0	19,4	37,2	26,7	37,9	20,0	15,4	22,2	35,2	24,0	18,6	28,8	31,2	20,1	19,9
m	1,2	3,6	1,2	2,5	5,4	4,7	1,3	8,3	5,5	8,8	0,9	3,9	4,0	5,1	1,1	3,6
Пізнавальний:																
%	35,2	38,1	21,8	4,9	45,0	35,8	14,7	4,4	42,0	41,4	14,0	2,6	40,7	38,4	16,8	4,1
m	5,2	2,0	2,4	1,0	2,1	2,0	1,5	0,8	1,5	0,7	1,4	0,4	2,9	1,6	1,7	0,7
Практичний:																
%	42,2	33,7	20,7	3,4	51,4	31,9	12,5	4,2	50,7	34,6	12,6	2,0	48,1	33,4	15,3	3,2
m	4,4	3,9	0,5	0,1	2,0	0,9	1,5	0,7	1,8	1,5	1,2	0,3	2,7	2,1	1,0	0,4

Примітка:1. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,05$.

Свідоме й активне ставлення до збереження і зміцнення власного здоров'я вимагає високої мотивації і самодисципліни та цілеспрямованості. Проаналізувавши відповіді школярів, дійшли висновку, що учнівська молодь оптимістично налаштована щодо стану свого здоров'я. За достатньо високої відповідальності прагне зберегти його, висловлюючи при цьому значне і дуже щире бажання, яке притаманне 93% опитаних, а саме: величина показника перебувала в межах 94,0% серед учнів 1-4 класів; 92,4% серед 5-9 та 92,7% серед школярів 10-11 класів відповідно. Не може не насторожувати той факт, що близько 10,0% учнів незалежно від типів навчальних закладів частково або зовсім не докладають для цього зусиль, а майже 13,0% уникають належного ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших.

Важливим показником сформованості безпечної поведінки є сприйняття школярем себе як особистості, розуміння й можливість справлятися зі стресовими ситуаціями, вміння взаємодіяти. Відсутність таких ознак може призвести до формування емоційних розладів або виникнення стресу. Формування оздоровчої діяльності потребує комплексного підходу, спираючись та враховуючи особливості дитячої особистості. Процес виховання культури здоров'я школярів за зазначеним критерієм підтверджено результатами готовності їх до запобігання шкільного травматизму. За підсумками опитування $60 \pm 4,5\%$ школярів за сумою параметрів оцінки мають емоційну стійкість, виділяються подоланням труднощів та виходу із кризових станів на позитивному емоційному фоні. Були простежені зміни також і за віком. Так, $43,4 \pm 2,4\%$ учнів 1-4 класів почувають себе впевненими, зосередженими та цілеспрямованими (дуже сильний $19,4 \pm 1,2\%$ та значний $24,0 \pm 3,6\%$), до $64,6 \pm 5,0\%$ зростає відсоток серед учнів 5-9 класів, тобто значна більшість школярів є наполегливою та рішучою в досягненні своєї мети. Серед старшокласників, без статистично достовірної різниці, величина показника менша ($57,4 \pm 7,1\%$) при оцінці власних здібностей, що зумовлено вищим рівнем критичності, проте, за узагальненими даними, приховуються важливі параметри, які неодмінно потребують уваги і врахування в подальшій роботі при розробці моделі профілактики травматизму у школярів. Зокрема, 22,2% частково, а 6,5% учнів 5-9 класів зовсім не контролюють свої емоції у складній ситуації, не зберігають спокій

при цьому 24,1% старшокласників (21,4% - частково, 2,7% повністю); на рівні 1-4 класів цей відсоток становив 7,3%. Разом з тим треба звернути увагу на виявлене, за відповідями учнів, відчуття тривоги під час перебування в школі. На це вказало 35,6% дітей 5-9 класів, 8,7% учнів 10-11 та 7,3% - 1-4 класів. Більшість з них навчались в закладах сільського та районного рівнів. Варто наголосити, що за наведеними вище даними отримано ще одне підтвердження висловленому положенню, що саме учні 5-9 класів складають групу підвищеного ризику виникнення травматизму під час навчального процесу.

До визначальної складової при формуванні безпечної поведінки, запобігання травматизму, у тому числі шкільного, належить когнітивний компонент. Він передбачає необхідний мінімум знань, норм і правил здоров'язбережувальної поведінки, розуміння цінностей самоосвіти. Компонент базується на знаннях та компетенціях, одних з найважливіших складових формування мотивації до ведення здорового способу життя як сьогодні, так і в майбутньому. Отже, показниками сформованості когнітивного компонента серед досліджуваного контингенту є не тільки знання та поінформованість з безпечної поведінки, а й обізнаність щодо збереження здоров'я і валеологічне мислення. Далі проаналізуємо відповіді, за якими можна детальніше оцінити пізнавальну складову питання, що досліджується. Переважна більшість опитаних (73,1%) вважає, що достатньо володіє правилами безпечної поведінки в школі і за її межами. Причому відсоток позитивних відповідей збільшується з віком. Так, у дітей 1-4 класів показник становив $73,3 \pm 3,6\%$, у 5-9 – $80,8 \pm 2,0\%$, а в учнів 10-11 – $83,4 \pm 1,1\%$, проте, як виявляється, кожен четвертий відмічає відсутність знань за цією тематикою. Спираючись на подані вище дані, майже така ж кількість школярів не бажає отримати знання зі здоров'язбережувальної поведінки щодо профілактики шкільного травматизму. Не готові брати участь у профілактичних заходах від 26,7% до 34,2% учнівської молоді. Викристалізується потреба удосконалення методичного супроводу щодо формування культури здоров'я, основою якої є безпечна поведінка.

Нові підходи до виявлення невирішених питань у їх системному взаємозв'язку визначені при вивченні та втіленні практичної потреби нести відповідальність за

свої дії та вчинки, піклуватися про власне здоров'я та дотримуватися правил формування здорового способу життя. Ця позиція надзвичайно важлива з огляду того, що діяльність, спрямована на збереження здоров'я, сприяє активізації становлення життєвої позиції учня. Виявилось, що діяльнісний компонент не реалізовується стовідсотково. При тому що, безсумнівно, більшість ($81,5 \pm 2,3\%$) з тих, хто володіє відповідною інформацією, дотримується норм і правил поведінки (учні 1-4 класів у $75,9 \pm 3,5\%$, 5-9 – $83,3 \pm 1,5\%$, а учні 10-11 класів – $85,3 \pm 1,7\%$). Кожен п'ятий школяр ($18,5 \pm 0,7\%$) ігнорує або дотримується їх частково. За найвищим показником ($24,1 \pm 0,5\%$) виділяються учні молодших класів.

Отже, у процесі дослідження були визначені підходи до вирішення актуальних питань, обумовлених метою роботи. Врахування виявлених положень допоможе при формуванні моделі профілактики травматизму у школярів, основу якої складатиме персоніфікована технологія підготовки учнівської молоді.

5.2 Обґрунтування умов формування принципів удосконалення профілактики шкільного травматизму серед учителів

Комплексний підхід до вивчення проблем профілактики шкільного травматизму вимагає аналізу та систематизації педагогічних факторів, простеження взаємозв'язків між учнями та вчителями з точки зору виявлення актуальних невирішених питань з визначенням підходів, з'ясуванням умов формування і реалізації моделі щодо безпечної поведінки школярів.

Як уже зазначалось, у дослідженні були задіяні 208 учителів. Результати аналізу їх відповідей виглядають наступним чином: за частотою випадків шкільних травм, отриманих учнями, результати відповідей вчителів подібні до відповідей учнів ($30,3 \pm 3,1\%$ та $27,8 \pm 1,7\%$), що дозволяє вважати їх валідними.

Варто підкреслити, що за видом травм і місцем їх отримання зафіксовані дані майже не відрізнялися від інформації, наданої школярами у своїх відповідях. Більшість респондентів із числа вчителів ($89,6\%$) підтвердили, що найпоширенішими видами травм серед учнів були: забій ($47,4\%$), зламана кінцівка

(23,2%) та вивихи (19,0%). Щодо небезпечності виникнення травм, на які припадало 72,0%, у структурі перші три місця розподілилися наступним чином: у спортивній залі - $27,0 \pm 3,0\%$ випадків, на шкільному подвір'ї - $25,8 \pm 3,0\%$ та $19,1 \pm 2,7\%$ епізодів отримання травм траплялися по дорозі до та зі школи. Слід відмітити, що найменша кількість травм по дорозі до школи є характерною для учнів сільського навчального закладу, а спортивна зала найбільш травматичною стала саме для студентів навчального закладу обласного рівня. При анкетуванні вчителів 87,5% висловили бажання та готовність щодо проведення профілактичних заходів. Частота як позитивних, так і негативних відповідей респондентів не відрізнялася в різних за типом закладах. Їх прагнення до цієї роботи підтверджується відомостями щодо джерел інформації, їх кількості, звідки вони намагаються одержати необхідні знання.

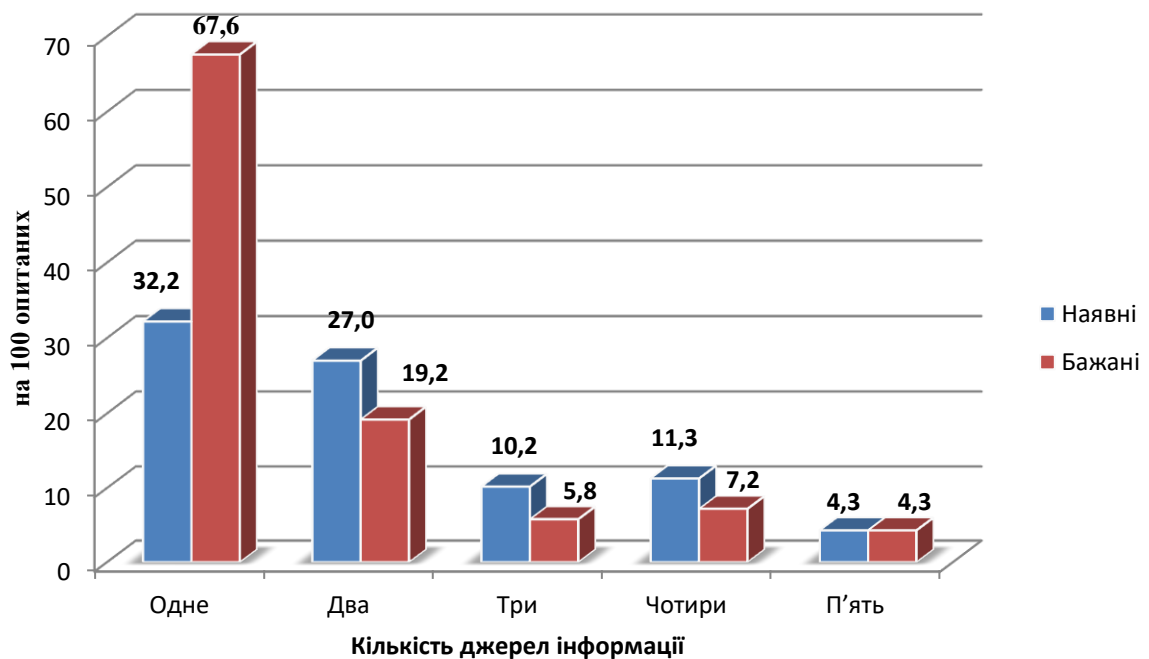


Рис. 5.5 Розподіл учителів за кількістю застосованих та бажаних джерел інформації з питань запобігання шкільного травматизму.

У процесі опитування виявилось, що 67,6%, а це переважна більшість вчителів, висловили бажання мати одне джерело інформації для пізнання необхідних валеологічних теоретичних знань та практичної підготовки; не більше

двох джерел - кожен п'ятий (19,2%), а користуються трьома і більше 40,8% вчителів (рис. 5.5).

Не менш важливими є дані щодо джерел інформації, які зараз найчастіше використовують вчителі у своїй роботі (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Розподіл учителів навчальних закладів за використанням різних видів джерел інформації

ДЖЕРЕЛА	ЗАКЛАДИ										
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		КОЛЕДЖ		УСЬОГО		
	абс	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	m
Колеги	12	25,5	26	18,6	43	26,0	16	11,3	97	19,6	1,7
Лікарі, медпрацівники	10	21,3	32	22,8	32	19,3	42	29,6	116	23,4	1,9
Телебачення, радіо	11	23,4	20	14,3	20	12,0	26	18,3	77	15,6	1,6
Інтернет	9	19,2	31	22,1	42	25,3	26	18,3	108	21,9	1,8
Газети, журнали	5	10,6	21	15,0	17	10,2	15	10,6	58	11,7	1,4
Інструкції, накази	-	-	4	2,9	4	2,4	6	4,2	14	2,8	0,7
Курси підвищення кваліфікації	-	-	5	3,6	4	2,4	5	3,5	14	2,8	0,7
Навчальні заклади	-	-	1	0,7	-	-	-	-	1	0,2	0,1
Адміністрація	-	-	-	-	4	2,4	6	4,2	10	2,0	0,6
Разом	47	100,0	140	100,0	166	100,0	142	100,0	495	100,0	

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Коледж - Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна;
5. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Джерелом інформації для $23,4 \pm 1,9\%$ вчителів стали медичні працівники, $21,8 \pm 1,8\%$ Інтернет-ресурс, $19,6 \pm 1,7\%$ - колеги. Варто відмітити, що $15,6\%$ вчителів отримують інформацію з телебачення та радіо, з газет і журналів - $11,7\%$

респондентів. Викликає занепокоєння доволі низький відсоток (23,4%) отримання інформації від фахових спеціалістів та з офіційних документів (2,9±0,7%) - наказів, інструкцій, розпоряджень. Така ж ситуація (2,8±0,7%) спостерігається і на курсах спеціалізації та підвищення кваліфікації. Кожен п'ятий викладач отримує знання від колег. Отже, рівень отримуваної інформації щодо формування культури здоров'я ні за яких обставин не можна вважати високопрофесійним та осучасненим інноваційними технологіями. Переважна більшість вчителів (94,2%) критично це визнає і виступає за необхідність в оновленні змісту навчання щодо запобігання травматизму, використання ефективних форм та методів, модернізації принципів та контролю за результатами проведеної роботи, на чому й наголошували респонденти, вказуючи джерела, з яких хотіли б отримувати інформацію (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

**Розподіл учителів закладів освіти щодо отримання інформації
за бажаними видами джерел**

ДЖЕРЕЛА	ЗАКЛАДИ										
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		КОЛЕДЖ		УСЬОГО		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс	%	m
Колеги	9	18,4	2	2,5	5	5,6	2	2,0	18	5,6	1,2
Лікарі, мед-працівники	11	22,4	28	34,6	25	28,1	33	32,0	97	30,1	2,5
Спеціальні тренінги, заняття	7	14,3	39	48,1	40	45,0	48	46,6	134	41,6	2,7
Інтернет	6	12,2	5	6,2	8	9,0	4	3,8	23	7,2	1,4
Телебачення	9	18,4	4	4,9	5	5,6	12	11,7	30	9,3	1,6
Газети, журнали	7	14,3	3	3,7	6	6,7	4	3,9	20	6,2	1,8
Разом	49	100,0	81	100,0	89	100,0	103	100,0	322	100,0	

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Коледж - Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна;
5. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Передусім повторимось, що кількість бажаних джерел інформації суттєво скоротилася, що є цілком логічним і природним з огляду на необхідність у безперервній основній професійно-педагогічній підготовці вчителів. Водночас підтверджено потребу в одержанні надійних знань із застосуванням сучасних технологій з основ збереження здоров'я та інноваційних педагогічних технологій щодо формування культури здоров'я в процесі навчання учнів. За даними табл. 5.7 викладачі ($41,6 \pm 2,7\%$) прагнуть отримати спеціальні теоретичні знання з практичними вміннями та навичками за рахунок тренінгів. Щодо змін в розподілі джерел інформації позитивним слід відмітити зростання ролі медичних працівників та лікарів ($30,1 \pm 2,5\%$), а також зменшення відсотка колег ($5,6 \pm 1,2\%$) в отриманні інформації. Стабільно низькою (до $20,0\%$) залишається потреба у використанні ресурсів засобів масової інформації.

Усе викладене вище обґрунтовує актуалізацію цього питання, необхідності підняття рейтингу найбільш доступного, поширеного способу донесення необхідних знань та відомостей. За отриманими результатами можна стверджувати, що актуалізується необхідність оновлення навчальних програм, застосування новітніх методик подання інформації з обов'язковим залученням педагогів, лікарів та фахівців суміжних професій.

На існування комплексної проблеми в роботі щодо профілактики травматизму у школярів вказують також відповіді вчителів, які були згруповані за такими критеріями, як мотиваційний, особистісний, пізнавальний та практичний. Вони були опрацьовані і подані в табл. 5.8. За аналізом табл. 5.8 викристалізовується суперечливість даних. З одного боку, між визнанням цінності здоров'я, свідомістю важливості формування його культури, запобігання травматизму у дітей, у тому числі шкільного, за достатньо високого рівня особистісної готовності ($49,5 \pm 8,5\%$), а з іншого боку – низьким рівнем спрямованості на результат, перш за все, за рахунок практичної ($22,5 \pm 3,4\%$) та пізнавальної ($13,4 \pm 1,7\%$) складових. Всі респонденти продемонстрували доволі високий рівень мотивації ($93,0 \pm 7,3\%$) щодо формування безпечної поведінки та збереження життя учнів.

Таблиця 5.8

Розподіл учителів за критеріями готовності щодо профілактики шкільного травматизму

Розподіл готовності вчителів до профілактики шкільного травматизму (за критеріями)	ЗАКЛАДИ																			
	ШКОЛА				НВО				ГІМНАЗІЯ				КОЛЕДЖ				УСЬОГО			
	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній
Мотиваційно - ціннісний:																				
%	55,5	33,4	11,1	-	45,0	47,0	6,0	2,0	55,0	40,6	4,4	-	46,8	43,8	8,6	0,8	49,5	43,4	6,4	0,7
m	8,4	5,6	-	-	9,5	9,2	0,2		9,0	6,7	0,4		4,4	1,2	2,5		8,5	6,0	1,5	0,3
Особистісний:																				
%	27,8	58,4	13,8	-	41,0	47,0	11,0	1,0	40,6	45,0	9,2	5,2	46,2	40,1	11,7	2,0	39,0	47,6	11,4	2,0
m	0,2	4,2	5,9	-	2,1	2,5	2,1		0,3	6,5	3,0		4,0	2,2	4,8		1,7	3,8	3,9	1,0
Пізнавальний:																				
%	12,2	33,3	39,5	15,0	11,6	45,5	38,1	4,8	14,2	49,8	30,8	5,2	16,3	44,7	34,4	4,6	13,4	43,2	35,6	7,8
m	1,8	4,2	4,2	2,7	0,9	4,5	4,1	0,2	1,7	4,1	2,9	0,9	1,6	2,9	2,9	0,6	1,7	3,9	3,5	1,1
Практичний:																				
%	20,0	40,0	24,1	15,9	24,4	42,0	21,2	12,4	26,1	45,4	20,6	7,9	19,7	47,6	26,8	5,9	22,5	43,7	23,2	10,6
m	4,3	4,9	4,4	2,0	4,7	2,9	3,1	1,9	2,8	2,9	3,1	1,1	2,0	3,0	2,7	0,8	3,4	3,4	3,3	1,4

- Примітка: 1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
 2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
 3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
 4. Коледж - Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна;
 5. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Серед загальної кількості 93,0%, а за окремими закладами 89-95% вчителів готові з високою відповідальністю та свідомо втілювати функції (до складу яких входять розвивальна, виховна, спонукальна) формування основ безпечної поведінки та культури здоров'я. На думку вчителів, для розвитку мотивації до формування та підтримки зацікавленості щодо популяризації і ведення здорового способу життя та безпеки здоров'я необхідно враховувати індивідуальні потреби учнів, адже, саме так реалізуються особистісні ознаки вчителів щодо їх здатності та участі у профілактиці окресленого питання, оскільки показником педагогічної майстерності є процес донесення інформації. Переважна більшість (86,6%) готова реагувати на ситуативні зміни не тільки в організації навчального процесу, його змістової компоненти, а й потребує застосування інноваційних технологій та підходів щодо їх засвоєння. Виявилось, що саме за рахунок зниження практичної та пізнавальної частин комплексного навчально-педагогічного процесу страждає ефективність реалізації поставленої мети. Отримувати вагомі теоретичні знання і відповідне наочно-методичне забезпечення для формування в учнівській молоді безпечної поведінки та культури здоров'я бажають 43,4% вчителів. Серед них виділялися вчителі сільської школи - 54,5% та районного навчального закладу - 42,6%. Тільки кожен третій учитель (33,8% в цілому і 28,5 – 40,0% за окремими закладами) має бажання і готовий ефективно використовувати зміст навчального матеріалу, застосовуючи набуті на практиці компетентності. Саме недостатній рівень знань не дозволяє викладачам творчо підійти до вирішення питання, орієнтованого на дотримання норм і збереження цінностей життя за оздоровчими принципами.

Цікавими є пропозиції вчителів щодо залучення до навчального процесу різних за фахом спеціалістів. Бажання викладачів щодо необхідності об'єднання зусиль щодо профілактики шкільного травматизму з іншими спеціалістами відображено на рис. 5.6. За наведеними даними, частка позитивних відповідей вчителів щодо залучення психологів до навчального процесу з окресленого питання складає 57,2%, студентів медичних коледжів - 49,5%, поліцейських - 40,0% та учнів старших класів загальноосвітніх навчальних закладів - 14,4%. Достатньою вважають допомогу поліцейських, студентів медичних закладів та психологів 29,8% вчителів,

а 15,4% респондентів – вбачають необхідність у залученні ще й старшокласників, висловлюючи пропозицію використання методу продуктивної взаємодії не тільки учня та викладача, а й актуалізації необхідності формування в школяра почуття відповідальності за особисте здоров'я та залучення його до заходів щодо поліпшення здоров'я в інших за принципом «рівний - рівному».

Саме ці відповіді при формуванні моделі профілактики травматизму у школярів було використано при розробці механізмів реалізації та практичного втілення передбачених нововведень.

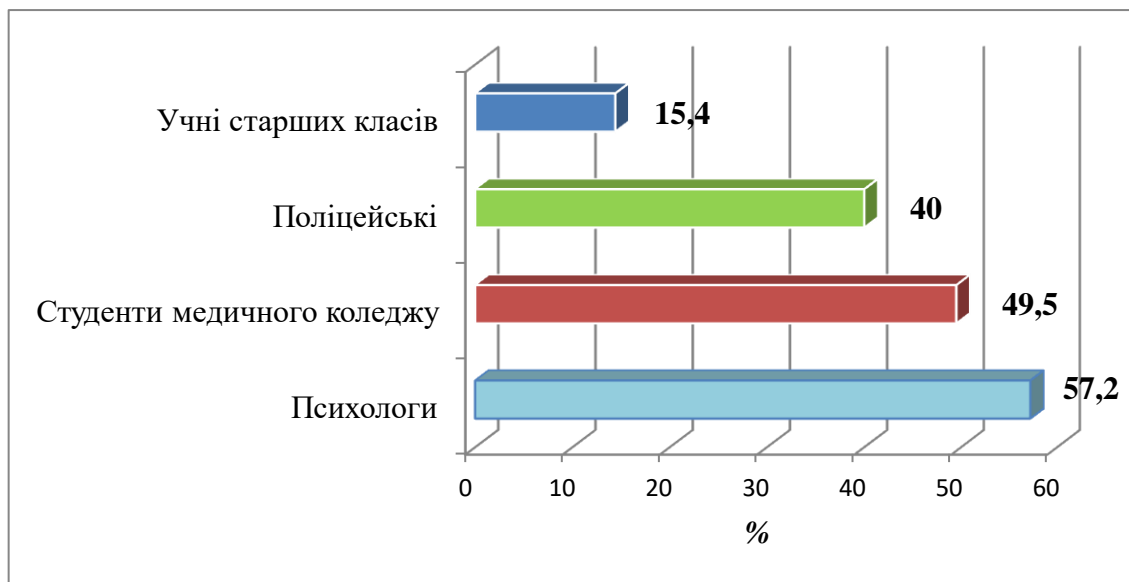


Рис. 5.6 Частота позитивних відповідей вчителів щодо залучення фахівців інших спеціальностей, професій та волонтерів до роботи з профілактики травматизму у школярів.

Підсумовуючи, наголосимо на двох встановлених положеннях. Перше полягає у застосуванні новітніх засобів навчання як дидактичної компоненти, що об'єднує досвід суспільної практики і способи використання сучасної наукової та технічної інформації шляхом удосконалення організації продуктивної взаємодії викладачів та школярів. Воно залежить від компетентностей самого вчителя і потребує оновлення змісту навчального процесу та його методичного забезпечення. Щодо другого положення, то на сьогодні є актуальним проведення роботи з кожним окремим школярем для формування його свідомості щодо необхідності профілактичних заходів. Вагомість цього положення підсилюється об'єктивними даними,

представленими у підрозділі 5.1 щодо неналежного бажання третини (31,4%) опитаних учнів 5-11 класів брати участь у втіленні заходів, спрямованих на профілактику травматизму. Розробляючи цілеспрямовані заходи щодо формування здоров'яорієнтованого світосприйняття особами молодого віку, неможливо обійти увагою це соціально важливе питання. Першочерговими завданнями є втілення діяльнісного компоненту, мета якого при розробці моделі полягає в підвищенні самосвідомості щодо визначення цілей оздоровлення, розвитку здатності до самореалізації, прагнення до самовдосконалення та практичного втілення норм, компетентностей у дотриманні безпечної поведінки, підвищенні мотивації, відповідальності як за власне здоров'я, так і за здоров'я оточуючих.

Отже, отримані дані акцентували увагу на проблемних питаннях, що потребують негайного вирішення, і визначили основні наукові та практичні підходи для проектування удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів. Лише за рахунок втілення науково-теоретичної і практичної функцій моделі, її концептуальної складової можливе реальне вирішення питання безпечної поведінки як передумови запобігання травматизму в процесі шкільної підготовки.

5.3 Обґрунтування умов формування принципів удосконалення профілактики шкільного травматизму серед батьків

Під час пошуку підходів запобігання травматизму у школярів передбачалося вивчення системних зв'язків, серед яких суттєве місце належить батькам. Вирішення зазначеної проблеми щодо формування основ безпечної поведінки як складової культури здоров'я у дітей неможливе без прямої їх участі, адже основи здорового способу життя та первинної профілактики травматизму закладаються саме в умовах сім'ї. З цією метою було опитано 188 батьків. Частіше респондентами були жінки (87,3%). Водночас, простежена особливість, сутність якої в тому, що в сільській школі серед решти закладів чисельність чоловіків була значно вищою, ніж опитаних матерів ($22,0 \pm 3,0\%$ проти $8,8 \pm 20,0\%$ і $9,9 \pm 2,1\%$ в районному та міському навчальних закладах; $p < 0,05$). В переважній своїй більшості (86,7%) сім'ї були

повноцінними. Дітей жіночої статі мали 136 із 188 (72,3%) батьків. По одній дитині було в 37,2% випадків, по дві - у 51,0%, по три - у 19,6%, а у решти (2%) – чотири та більше дітей. В опитаних сім'ях, діти яких навчалися у міській школі, найчастіше було по одній дитині ($43,4 \pm 5,5\%$ проти $32,0 \pm 6,5\%$ і $24,6 \pm 5,7\%$ у сільському та районному загальноосвітніх закладах; $p < 0,05$) і у 2 рази рідше - по три і більше (7,4% проти 16,0% та 14,0% відповідно; $p < 0,05$). На досвід отримання їхніми дітьми травм у школі вказали $26,5 \pm 3,1\%$ опитаних. Показник близький до того, що був виявлений серед учителів ($34,2 \pm 4,2\%$) та самих учнів ($28,7 \pm 3,6\%$). Зазначимо, що ці дані отримано без урахування відповідей батьків, діти яких навчаються в медичному коледжі. Найчастішим видом травм, за даними опитаних батьків, були забій (61,0%), перелом кінцівки (24,4%) та вивих (9,8%), а за місцем їх отримання – по 26,8% припадало на спортивну залу та під час перерви, 22,0% випадків - по дорозі до школи. Ця інформація також близька до тієї, що відслідкована за відповідями вчителів та учнів. У розрізі груп спостереження за віком суттєвої різниці не доведено.

Як позитив слід відмітити, що майже всі опитані батьки, враховуючи актуальність донесення основ безпечної поведінки, обговорюють зі своїми дітьми складові здорового способу життя, проводять бесіди з питання збереження та покращення здоров'я. Необхідну інформацію респонденти отримують з доступних для них джерел. Паралельно було проведено опитування щодо бажаних видів інформації та їх кількості. Спочатку прокоментуємо кількісну складову питання, вона наочно представлена на рис. 5.7, з якого видно, що переважна більшість (63,3%) батьків користується одним ($41,0 \pm 3,5\%$) або двома ($22,3 \pm 3,0\%$) джерелами для отримання знань щодо безпечної поведінки своїх дітей. Практично в кожній третій (27,6%) сім'ї з цією метою використовують три і більше джерел інформації. Не може не викликати занепокоєння факт, що 9,0% опитаних не могли надати відповіді, що ставить під сумнів їх намагання самостійно вивчати дане питання та приділяти належну увагу профілактичній роботі з дітьми вдома.

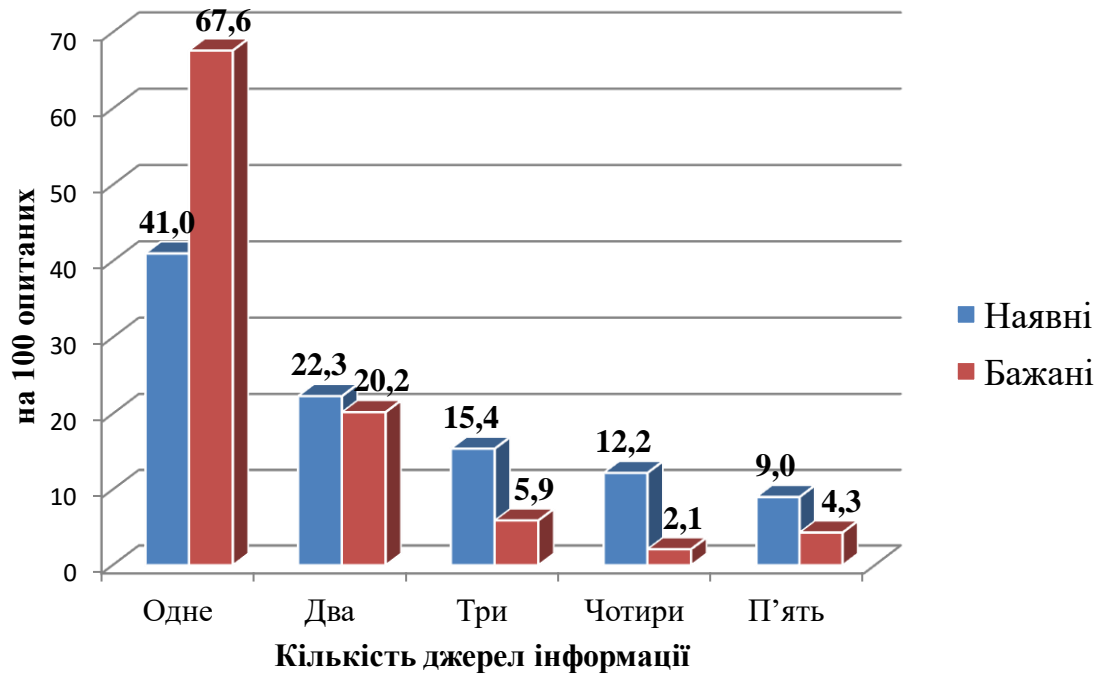


Рис. 5.7 Розподіл батьків за кількістю застосованих та бажаних джерел інформації з питань безпечної поведінки дітей.

Перед анкетуванням було проведено обговорення самої процедури опитування з донесенням інформації про стан проблеми, що змінило думку батьків щодо профілактики травматизму. Зазначене знайшло відображення, передусім в кількості бажаних джерел, інформація з яких задовольняла б їх потреби. Достатньо зросло число респондентів ($67,6 \pm 3,4\%$), готових отримувати необхідну інформацію з одного джерела; кожен п'ятий ($20,2 \pm 2,9\%$) вважав за потрібне використовувати два і тільки $7,9\%$ визначили збільшення їх кількості. Як позитив слід відмітити, що тих, хто не знав і стояв осторонь щодо збереження здоров'я власних дітей, стало вдвічі менше, більшість таких сімей виявилась у місті.

Для забезпечення теоретичного обґрунтування відповідної моделі профілактики травматизму у школярів, чому власне присвячена робота та з'ясуванню актуальних питань з формування культури здоров'я й основ безпечної поведінки дітей, значною мірою допомогло визначення переліку і співвідношення джерел інформації, якими користуються та є бажаними в сім'ях (рис. 5.8).

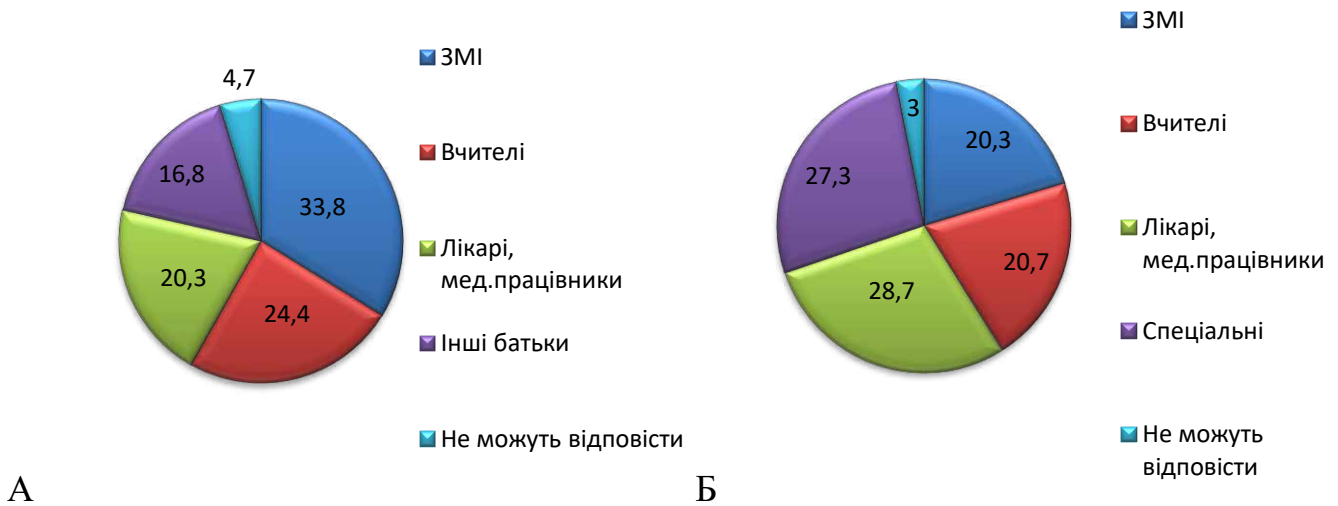


Рис. 5.8 Структура поінформованості батьків щодо безпечної поведінки школярів за частотою вживаних (А) та бажаних (Б) джерел (%).

З рис. 5.8 випливає, що 58,2% батьків дізнаються щодо правил безпечної поведінки своїх дітей у школі наступним чином. Найчастіше ($33,8 \pm 2,4\%$) ЗМІ (Інтернет, телебачення, радіо, газети та журнали) служать джерелом відповідної інформації, на другому місці ($24,4 \pm 2,2\%$) – вчителі. Кожна п'ята ($20,3 \pm 2,0\%$) сім'я отримує відомості від лікарів та медичних працівників, а 16,8% батьків, які вважають за достатнє отримувати інформацію від спілкування з іншими батьками, не може не викликати занепокоєння, тобто якщо підсумувати, то валідною є інформація у $41,2 \pm 2,5\%$ випадків.

При вивченні даних щодо бажаних видів інформації, яку надали батьки у відповідях, акцент змістився по суті на роль лікарів та медичних працівників. Зростає з $20,3 \pm 2,0\%$ до $28,7 \pm 2,8\%$ ($p < 0,05$) частота щодо отримання достовірної інформації від професіоналів. Найважливішим слід відмітити висловлену в $27,3 \pm 2,8\%$ випадків потребу в спеціальних тренінгових заняттях для батьків з теоретичною і практичною підготовкою. Залишився високим ($20,7 \pm 2,4\%$) показник отримання інформації від учителів. Однак можливість обміну інформацією під час спілкування з іншими батьками нівелювалась. Якщо зважити, що вчителі адекватну інформацію у свою чергу отримують від колег у 20% випадків, то стає очевидним проблемність питання надання достовірної та ефективної інформації. Зростають вимоги до професійних якостей учителів та розвитку освітніх програм, спрямованих на підвищення мотиваційно-особистісно орієнтованих технологій, спрямованих на збереження

здоров'я. Крім того, конкретизується зміст і з'ясовуються підходи щодо удосконалення позицій по пропагуванні культури здоров'я в сім'ях.

У контексті наведених вище даних у табл. 5.9 та 5.10 подана більш детальна інформація відповідей батьків з урахуванням загальноосвітнього навчального закладу, де навчаються їхні діти.

Таблиця 5.9

Розподіл батьків за видами використаних джерел інформації

ДЖЕРЕЛА	ЗАКЛАДИ							
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		УСЬОГО	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Учителі	14	19,2	34	28,6	42	23,7	90	24,4
Лікарі, мед. працівники	26	35,6	28	23,5	21	11,9	75	20,3
Інші батьки (рідні)	21	28,7	7	5,9	34	19,2	62	16,8
Інтернет	8	11,0	20	16,8	26	14,7	54	14,6
Телебачення, радіо	1	1,4	18	15,1	26	14,7	45	12,2
Газети, журнали	1	1,4	9	7,6	16	9,0	26	7,1
Не знаю	2	2,7	3	2,5	12	6,8	17	4,6
Разом	73	100,0	119	100,0	177	100,0	369	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Таблиця 5.10

Розподіл батьків за видами бажаних джерел інформації

ДЖЕРЕЛА	ЗАКЛАДИ							
	ШКОЛА		НВО		ГІМНАЗІЯ		УСЬОГО	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Учителі	1	1,9	11	13,0	42	34,4	54	20,7
Лікарі, медичні працівники	22	40,7	24	28,2	29	23,8	75	28,7
Спец. тренінги, заняття	17	31,5	30	35,3	24	19,6	71	27,2
Інтернет	13	24,0	6	7,0	7	5,8	26	10,0
Телебачення, радіо	1	1,9	9	10,6	9	7,4	19	7,4
Газети, журнали	-	-	4	4,7	4	3,3	8	3,0
Не знаю	-	-	1	1,2	7	5,7	8	3,0
Разом	54	100,0	85	100,0	122	100,0	261	100,0

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

За узагальненими даними наведених таблиць достатньо висока роль у процесі отримання інформації щодо профілактики шкільних травм у сільській місцевості належить лікарям та медичним працівникам (35,6%), яка зростає (40,7%) як джерело бажаної інформації і надалі. Прагнення отримувати необхідні теоретичні й практичні знання під час проведення тренінгів висловлюють 31,5% батьків. Водночас при зменшенні ролі вчителів (до 1,9%) у батьків, які проживають у сільській місцевості, значно зросла потреба у використанні Інтернету (24,0%). Разом з цим частота отримання інформації від учителів серед батьків учнів міської школи залишилась високою (34,4%). За наявної необхідності у проведенні спеціальних тренінгових занять з теоретичною і практичною підготовкою неочікувано отримали результат, який свідчить, що відсоток використання медичних працівників як бажаного джерела інформації майже не змінився.

Отже, викристалізовується необхідність пошуку нових підходів та впровадження змін щодо змісту інформації і форм її донесення, розробки новітніх технологій з використанням сучасних методів застосування при формуванні здоров'язбережувальної поведінки населення нашої держави. Зазначене обумовлює необхідність передбачити зазначені положення при проектуванні удосконаленої моделі безпечної поведінки, зокрема у дітей шкільного віку. Обґрунтування напрямів моделі повинно враховувати й критерії готовності батьків до проведення з дітьми профілактичної роботи (табл. 5.11), дані якої свідчать, що усі батьки, за винятком поодиноких випадків, усвідомлюють відповідальність за збереження здоров'я власних дітей. Вони також розуміють важливість безпосередньої участі у формуванні в них правил безпечної поведінки. Однак, на тлі підвищеної емоційності, у 21,2% випадків активність проявляється частково або взагалі відсутня за високої відповідальності, цілеспрямованості та самодисципліни. Незалежно від рівня та закладу навчання дітей, зазначена ознака проявилася однаково часто. Зокрема серед батьків Богданівської ЗОШ I-III ступенів №1 у $22,0 \pm 5,8\%$ випадків, КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області» – $23,8 \pm 5,5\%$, гімназії імені Т.Г.Шевченка – $18,6 \pm 4,2\%$ ($p > 0,05$).

Таблиця 5.11

**Розподіл батьків за критеріями готовності щодо запобігання
травматизму у школярів**

Критерії готовності батьків до здоров'я- збережувальної поведінки у дітей	ЗАКЛАДИ															
	ШКОЛА				НВО				ГІМНАЗІЯ				УСЬОГО			
	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній	дуже сильний	значний	частковий	відсутній
Мотиваційно – ціннісний:																
%	64,0	32,0	2,0	2,0	58,8	30,0	8,8	2,4	61,8	30,2	8,0	-	61,5	30,7	6,3	1,5
m	2,7	2,7	0,5	0,5	2,8	2,5	0,9	0,2	2,8	2,3	1,6	-	2,8	2,5	0,8	0,1
Особистісний:																
%	33,0	45,0	16,0	6,0	32,4	43,8	14,0	9,8	43,6	38,8	11,1	6,5	36,3	42,5	13,7	7,5
m	1,8	1,4	1,6	0,9	1,7	2,6	1,6	1,1	1,0	1,0	1,6	0,7	1,5	1,7	1,6	0,9
Пізнавальний:																
%	55,0	29,0	13,0	3,0	22,8	51,0	22,0	4,2	37,6	43,8	16,6	2,0	38,5	41,3	17,2	3,0
m	1,2	5,0	1,6	0,7	1,6	1,3	1,5	1,1	2,4	1,2	2,0	0,7	1,7	2,5	1,7	0,8
Практичний:																
%	57,0	22,0	14,0	7,0	28,0	48,2	18,4	5,4	41,5	41,8	12,4	4,3	42,2	37,3	15,0	5,5
m	1,6	1,4	0,2	0,7	1,6	0,6	1,2	0,7	2,3	1,7	1,8	0,5	1,8	1,2	1,0	0,7

Примітка:

1. Школа - Богданівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №1 ім. І.Г. Ткаченка;
2. НВО - КЗ «Олександрівське навчально-виховне об'єднання №2 Кіровоградської області»;
3. Гімназія - гімназія ім. Т. Шевченка, м. Кропивницький;
4. Достовірність різниці даних між групами порівняння становить $p < 0,001$.

Потребу в самоосвіті, бажанні самовдосконалюватися, розумінні необхідності в отриманні знань та вмінь з окресленого питання, їх практичного застосування виявлено всього у 20,5% респондентів. Не слід забувати, що ставлення до власного здоров'я, дотримання правил безпечної поведінки як системи власних цінностей є надзвичайно важливою складовою, адже батьки виховують дітей власним прикладом. Отже, актуалізується завдання підвищення поінформованості населення щодо збереження та зміцнення здоров'я, зростання рівня валеологічного мислення. Таких активних змін потребує й діяльнісний компонент. Потрібно спрямувати зусилля батьків на навчання основ профілактики травматизму, визначення цілей оздоровлення, розвивати настороженість, бо саме від послідовності дій і практичного втілення їх умінь та навичок залежить дотримання норм і цінностей безпечної поведінки дітьми. Безпосереднє оволодіння оздоровчими технологіями та вмінням їх реалізувати з відповідальністю за свої дії та вчинки, необхідно сприймати сьогодні як єдиний процес, що вимагає нових підходів, застосування сучасних науково-практичних форм та методів донесення правил збереження здоров'я і пропаганди здорового способу життя.

Таким чином, до формування удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів треба підходити комплексно, розглядати її цілісно з взаємозалежними функціонально значущими елементами. Результати констатувального етапу роботи за даними опитування батьків дозволили виявити шляхи вдосконалення науково-теоретичної і практичної функцій профілактичної медицини.

Висновки до розділу 5

1. Встановлено, що майже третина учнів (28-30%) мали досвід шкільного травматизму, з них кожен п'ятий (22,5%) – неодноразово. Найбільш травмонебезпечним виявився період навчання школярів в 5-9 класах (37,3%) не залежно від рівня школи. У структурі травм рангові місця займали забій (45,8%); вивихи (25,8%), перелом кінцівки (14,5%), порізи (11,3%), опіки (2,4%) та інші види

травм (1,2%). Для учнів початкової школи характерні менш складні травми, а за їх тяжкістю виділялись учні 5-9 класів, які навчалися в місті, серед старшокласників за частотою – студенти медичного коледжу.

2. Відслідковано, що розподіл шкільних травм (91,1%) за місцем їх отримання однаковий для усіх навчальних закладів. З'ясовано, що найбільш небезпечним місцем для учнів молодших класів було шкільне подвір'я та їдальня; для школярів 5-9 класів - спортивна зала та подвір'я; для старшокласників - спортивна зала. Найбільша частота виникнення конфліктних ситуацій характерна для учнів 5-9 класів.

3. З'ясовано, що на тлі загального відповідального ставлення до власного здоров'я більшості учнівської молоді кожен п'ятий (19,8%) школяр 5-11 класів проявляє для цього слабкий рівень мотивації, а у кожного третього (31,7%) - відсутні зацікавленість та бажання долучитися до проведення заходів запобігання травматизму, ознайомлення з правилами безпечної поведінки. Цей показник зростає з віком: в основній школі (5-9 класи) він вищий в закладі сільського рівня, серед учнів 10-11 класів – у Кіровоградському медичному коледжі.

4. Виявлено рівні та умови забезпечення мотиваційної, особистісної, пізнавальної та практичної готовності учнів до формування безпечної поведінки, що підпорядковуються різним віковим категоріям, а також залежать від стану їх взаємозв'язків із батьками та вчителями.

5. Встановлено, що рівень обізнаності з питань безпечної поведінки в учнів залежить від знань та вмінь вчителів та батьків, які є для них основними джерелами відповідної інформації. Для вчителів найбільш інформативними ресурсами отримання знань є медичні фахівці (23,4%), Інтернет (21,8%) та колеги (19,6%), а для батьків - ЗМІ (33,8%), вчителі (24,4%) та медичні працівники (20,30%). Усі респонденти налаштовані на скорочення кількості джерел інформації до 1-2, а за актуалізацією та інформативністю – бажають отримувати теоретичні і практичні знання на спеціальних тренінгових заняттях.

6. Доведено необхідність модернізації процесу формування в учнів правил безпечної поведінки, яка залежить від набуття нових теоретичних і практичних

знань шляхом ефективного використання змісту навчального матеріалу, доповнення його сучасними інноваційними технологіями, які базуються на продуктивній взаємодії зі школярем та оновлення наочно-методичного забезпечення, що підтверджено відповідями вчителів.

7. Виявлено, що батьки у своїй більшості усвідомлюють відповідальність за здоров'я власних дітей і розуміють необхідність безпосередньої участі щодо формування у них основ безпечної поведінки. Однак кожен п'ятий (21,2%) зовсім не проявляє для цього цілеспрямованих дій, активності в самоосвіті та самовдосконаленні, а 9% батьків взагалі не переймаються питаннями профілактики травматизму. Потребу в загальноосвітніх знаннях та їх практичному застосуванні висловили 20,5% опитаних.

8. Підтверджено, що профілактика травматизму у школярів є багатокомпонентною системою, яка потребує мультидисциплінарного підходу та залучення до реалізації профілактичних програм психологів (57,2%), студентів медичних коледжів (49,5%), поліцейських (40,0%), старшокласників (14,4%).

9. Виявлена суперечливість між достатньо вираженою свідомістю самих учнів, вчителів, батьків у необхідності формування культури здоров'я, запобігання травматизму з високою особистісною їх готовністю та актуалізацією результату за рахунок низьких рівнів практичної і пізнавальної здоров'язбережувальної освітньої складової.

10. Обґрунтовано значення наступних компонент при удосконаленні принципів профілактики шкільного травматизму - це мотиваційно-ціннісний, особистісний, пізнавальний і практичний, реалізація яких забезпечується диференційованим та міждисциплінарним підходами.

11. Визначено потребу в удосконаленні профілактики травматизму у школярів і встановлено, що етапи та складові формування безпечної поведінки повинні мати за основу сучасні наукові підходи, базуватися на принципах конкордатності медичних та педагогічних зусиль, усієї громади, бути спрямованими на зростання мотивації, оновлення змісту навчальних програм валеологічними

знаннями та компетентностями, активізацію просвітницької діяльності в ЗМІ зі створенням умов реалізації інноваційних технологій формування культури здоров'я.

Матеріали розділу опубліковані:

1. Бондарь СО. Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї. *Wiadomości Lekarskie*. 2018;LXXI(3):508-513 [18].
2. Михальчук ВМ., Бондарь СО. Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу. *Професійна освіта: проблема та перспективи*. 2017;13:32-38 [120].
3. Михальчук ВМ., Бондарь СО. Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017;2(6): 58-65 [122].

РОЗДІЛ 6

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАПРОПОНОВАНОЇ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМУ В ШКОЛЯРІВ З ОЦІНКОЮ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

6.1 Положення та принципи запропонованої удосконаленої моделі

Концептуальними підходами до створення удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів були: принципи державної політики щодо збереження та покращення здоров'я дитячого населення країни як стратегічного потенціалу майбутнього розвитку суспільства та національної безпеки; дані аналізу статистичної звітності щодо особливостей рівня патології в регіоні; результати тестування і комплексного анкетування учнівської молоді, вчителів, батьків щодо можливості та готовності формування безпечної поведінки учнів як складової культури здоров'я; власний досвід освітньо-виховної діяльності за умов медико-педагогічної взаємодії, а також дані літератури з питань збереження здоров'я дитячого населення загалом і попередження шкільних травм зокрема.

Стратегія запропонованої удосконаленої моделі полягає в запобіганні травматизму у школярів на основі комплексного підходу до формування здоров'язбережувальної поведінки, інтегрованого, міждисциплінарного, міжгалузевого та міжсекторального принципів управління, об'єднаних спільною метою.

Тактичні напрями моделі спрямовані на забезпечення реалізації положень державної політики у сфері охорони здоров'я, освіти, соціального захисту дітей, у тому числі шкільного віку, втілення яких здійснюється шляхом формування в учнів ціннісного ставлення до власного здоров'я за цільово-мотиваційної, інформаційно-змістовної, організаційно-діяльнісної та оцінно-результативної компонентами із активним залученням до їх реалізації медичних працівників, педагогів, батьків, представників владних та громадських структур.

Суб'єктом управління виступають місцеві органи влади – обласна державна адміністрація, якій підпорядковані медичні, освітні та соціальні служби. Практично рівнозначно розділяють права і обов'язки з формування безпечної поведінки у школярів Департамент охорони здоров'я (ДОЗ) та Управління освіти, науки, молоді і спорту (УОНМС), Управління соціального захисту населення, Обласний центр соціальних служб для дітей та молоді, Служба у справах дітей, які підпорядковуються ОДА. До сфери управління ДОЗ входить центр первинної медичної допомоги (ЦПМД). У свою чергу УОНМС при ОДА підпорядковуються керівники ЗОНЗ, вчителі та безпосередньо медичні фахівці, які працюють в загальноосвітніх навчальних закладах. По суті координацію, контроль та оцінку цілеспрямованої роботи по формуванню культури здоров'я у школярів рівноправно належать ДОЗ та УОНМС, оскільки освіта і виховання є єдиними та взаємодоповнюючими складовими процесу пізнання, розуміння, сприйняття повсякденного дотримання норм і цінностей здорового способу життя. До суб'єктів управління також належить Управління патрульної поліції (УПП) в Кіровоградській області з огляду на його функціональний обов'язок забезпечення принципів і умов безпеки, в тому числі шкільної молоді.

Об'єктом управління моделі є визначена проблема безпечної поведінки школярів як основи формування у них ціннісного ставлення до здоров'я, вирішення якої передбачає розробку відповідної комплексної програми. Вона розрахована на широке залучення населення, від позиції якого щодо необхідності дотримання здорового способу життя (ЗСЖ) залежить стан здоров'я популяції, а також здоров'я наступних поколінь через створення здоров'яформувального та здоров'язбережувального середовища для учнів.

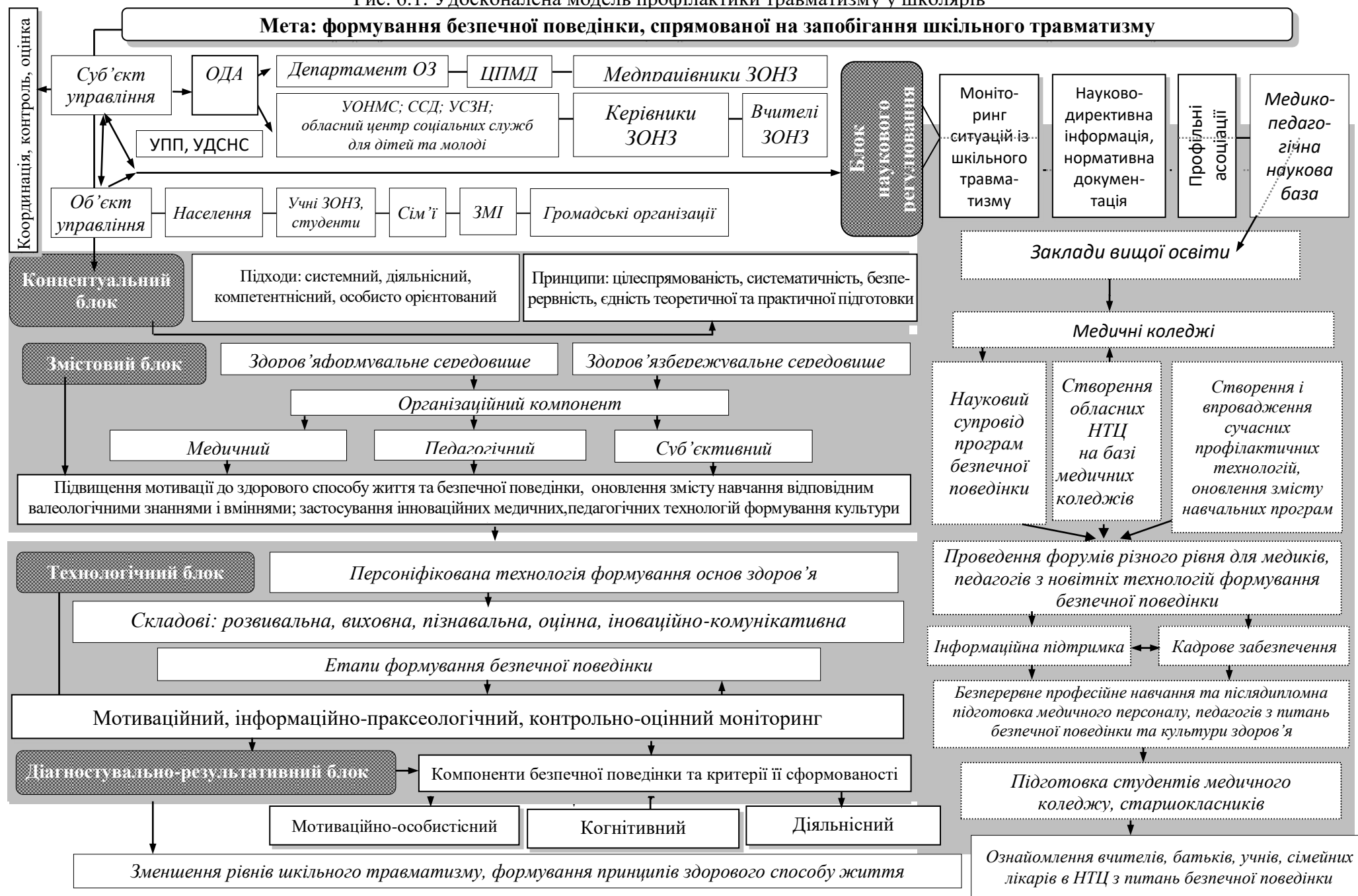
Виділення дітей шкільного віку окремою категорією обумовлено необхідністю визначення міри їх готовності до формування, збереження та зміцнення здоров'я. Умови і значення родини у вихованні учнівської молоді, пропагуванні принципів ЗСЖ потребують вважати сім'ю важливим елементом об'єкта управління. Роль засобів масової інформації та громадських організацій в донесенні адекватних, професійно обґрунтованих відомостей різним верствам населення за рахунок

удосконалення пропаганди обумовлює посилення мотивації дотримання ЗСЖ та сприяє активній позиції щодо збереження здоров'я.

Запропонована модель (рис 6.1) включає персоніфікований принцип формування безпечної поведінки у школярів, що потребує розвивальної, виховної, оцінної та пізнавальної складових: реалізація яких вимагає у свою чергу застосування новітніх інформаційно-комунікативних технологій. Вона характеризується векторно-цільовим підходом при плануванні та оцінці досягнень і результатів й містить етапи: мотиваційний – на основі вивчення рівня базових знань учнів, факторів та умов, що дають підвищення ефективності з метою подальшого виявлення потреб, особистого бажання їх досягнення та орієнтації на їхні запити; інформаційно-праксеологічний - по формуванню адекватної інформаційно-методичної бази і створення удосконалених комплексних програм щодо збереження здоров'я, навчально-методичного забезпечення; відображає досягнення поставлених цілей шляхом застосування ефективних методів, різновидів форм, інноваційних прийомів та засобів навчання; контрольо-оцінний моніторинг - забезпечує зворотній зв'язок шляхом діагностичності цілей і результатів формування основ безпечної поведінки, визначає нові напрямки пошуку і коригування програм через самоаналіз та експертну оцінку до самопроектування.

Запропонована удосконалена модель профілактики травматизму у школярів характеризується: цілісністю – охоплює за всіма компонентами реалізацію формування основ безпечної поведінки в учнів; етапністю – враховує поступову підготовку, починаючи з формування мотивації і закінчуючи практичним втіленням компетентностей щодо збереження здоров'я, комбінування елементів теоретичної та практичної підготовки для отримання нових знань; динамічністю – зумовлює систему підготовки школярів шляхом поступового переходу від простого до складного; диференційованістю – передбачає особливості формування в учнів безпечної поведінки залежно від рівня їх обізнаності та готовності до сприйняття шляхом застосування персоніфікованої технології формування ціннісного ставлення до здоров'я.

Рис. 6.1. Удосконалена модель профілактики травматизму у школярів



Перевагами моделі є системність, комплексність та економічність. *Системність* передбачає охоплення учнівської молоді не тільки за віком і ступенем обізнаності та готовності до сприйняття основ формування і профілактики безпечної поведінки, а і з урахуванням навчальних закладів за різним рівнем та територіальною приналежністю – сільського, міського, районного та обласного типів.

Комплексність полягає в залученні до проведення заходів спеціалістів різних професій (рятувальників, поліцейських), суміжних спеціальностей (психологів, сімейних лікарів) та волонтерів (учнів старших класів і студентів медичних коледжів), батьків та працівників соціальних служб.

Економічність моделі обумовлена не передбаченням створення нових структур, а вирішується шляхом удосконалення організації профілактики запобігання травматизму в школярів і здійснюватиметься за наявних ресурсів системи охорони здоров'я шляхом оптимізації функціональних обов'язків задіяних фахівців із створенням навчально-тренінгового центру на громадських засадах на базі Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й.Мухіна, а також оновлення змісту навчально-просвітницьких програм валеологічними знаннями та втіленням інноваційних тренінгових технологій і методів донесення їх до школярів.

Новим слід вважати доповнення загальновідомих профілактичних принципів визначенням етапів, функцій та складових формування безпечної поведінки учнів з виявленими для цього умовами в сім'ї і навчальних закладах, які проявляються у конкретизації цінностей, мотивації, оволодіння знаннями та компетенціями щодо збереження здоров'я.

Структура моделі складається з шести блоків, які мають своє наповнення: управлінський, наукового регулювання, концептуальний, технологічний, змістовий та діагностувально-результативний. Кожен з них доповнює загальний процес щодо формування безпечної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму, шляхом вирішення поставлених завдань.

До *управлінського блоку* входять: Управління освіти, науки, молоді та спорту (УОНМС), Департамент охорони здоров'я (ДОЗ), Управління соціального захисту населення (УСЗН), Служба у справах дітей (ССД), які підпорядковуються обласній державній адміністрації (ОДА). До блоку також залучені Управління служби надзвичайних ситуацій (УДСНС) та Управління патрульної поліції (УПП) в Кіровоградській області. Ці структури беруть участь в обговоренні та затвердженні програми щодо профілактики травматизму у школярів та, за необхідності, долучаються до проведення занять НТЦ. Залучають до роботи і науковців, представників зацікавлених соціальних структур, громадських організацій, ЗМІ, а також закладів вищої медичної освіти та медичного коледжу.

Концептуальний блок – відображає наукові підходи та принципи дослідження. **Змістовий** – містить способи досягнення мети за трьома напрямками: педагогічний, медичний і суб'єктивний, які використовуються у процесі загальноосвітньої підготовки. **Технологічний** – включає етапи, функції та складові формування культури здоров'я в учнівської молоді. **Діагностувально-результативний блок** – охоплює аналіз та оцінювання результатів проведеної роботи за основними компонентами (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісний). Окремо виділимо структури регіональних асоціацій профільних спеціалістів, органи управління, заклади вищої освіти і медичний коледж, які у своїй діяльності керуються відповідними директивно-нормативними документами, забезпечують їх дотримання та науково-методичну підтримку, удосконалюють і розробляють нормативно-правові акти, організують роботу в цілому та забезпечують зворотній зв'язок.

Базовою основою проведеної роботи є моніторинг ситуації з шкільного травматизму та контроль виконання програм щодо забезпечення правил безпечної поведінки з їх подальшою корекцією.

Організаційно-структурне і змістовне реформування сфери охорони здоров'я, зміни в системі освіти, що зараз відбуваються в країні, спрямовані на формування здорової нації через втілення принципів здорового способу життя в навчальному процесі дітей шкільного віку, що є важливою якісною

характеристикою особистісного розвитку, тобто основною метою **змістового блоку** є створення здоров'яформуючого та здоров'язбережувачого середовища для зазначеного контингенту. Практична його реалізація потребує організованої діяльності з боку медиків, педагогів та безпосередньо самого об'єкта – дитини шкільного віку, особистісна характеристика якої залежна від сімейних цінностей, що обумовлює сприйняття їх єдиним цілим. Окремо відмітимо усвідомлення відповідальності за якість власного життя медиками, педагогами, батьками та дітьми, проте формування основ безпечної поведінки школярів повинно стати визначальним фактором, що потребує обґрунтування методичних та організаційних підходів. Потрібно сконцентрувати всі зусилля, щоб у системі цінностей шкільної молоді здоров'я займало провідне місце. Одним із основних завдань сімейних лікарів, педіатрів, медичних працівників ЗОНЗ спільно з учителями на компетентнісній основі довготривало та ефективно, із залученням сучасних методів та засобів, доносити валеологічні знання і вміння щодо захисту особистого життя від впливу негативних факторів середовища, безпечної поведінки, необхідності збереження здоров'я. Підтримуємо таких авторів, як О.Антонову (2013); О.Єжову (2011); В. Маківчук (2007) [9, 59, 104], що промоції в цьому аспекті потребують наступні напрями розвитку особистості: інтелектуальний (обізнаність в аспекті здорового способу життя, культури здоров'я особистості); рухова діяльність (активне фізичне навантаження, зміна у підході до проведення уроків фізичної культури із застосуванням рухливої компоненти); мобілізаційний (раціональне використання вільного часу, самовдосконалення, самоосвіта та вміння застосовувати отримані знання у різних життєвих ситуаціях).

Ефективне формування сприятливого для розвитку особистості середовища потребує відповідних організаційних заходів. У даному випадку передбачається їх єдність з боку медичних працівників та фахівців навчальних закладів у реалізації загальної мети, а саме: науково-методичної підтримки інноваційних технологій. Провідна умова формування стійкої мотивації до ЗСЖ диктує необхідність застосування різних методик щодо підвищення мотивації школярів (обмін

ролями, керування емоціями, створення ситуації успіху, вирішення конфліктів тощо). Наступна умова передбачає усвідомлення школярами життєвих цінностей. Третя спрямована на розвиток набутих якостей щодо необхідності турбуватися про власне здоров'я. Вона ґрунтується на інноваційних технологіях (ігрових, нестандартних справ, дебатів, інноваційних проєктів, методів «ПРЕС», "Акваріум", колективних проєктів, ток-шоу, вистав форум-театру тощо).

Технологічний блок спрямований на формування основ здоров'я з позиції персоніфікованого підходу, у своїй основі спирається на визначену стратегію, суттю якої є система: освіта – знання і вміння – здоров'я. Зазначена позиція потребує дотримання таких складових, як розвивальна, виховна, пізнавальна, оцінна та інноваційно-комунікативна. Їх втілення передбачає наступні етапи формування основ безпечної поведінки: мотиваційний, інформаційно-праксеологічний та контрольньо-оцінний моніторинг.

При цьому **мотиваційний** етап – передбачає в процесі підготовки потребу підтримки відповідної зацікавленості, забезпечується застосуванням різноманітних прийомів та методів мотивування й стимулювання.

Інформаційно-праксеологічний етап передбачає широке використання наочностей, методичного забезпечення до формування здоров'язбережувальної поведінки, що реалізується за рахунок форм, методів, прийомів та засобів навчання за обов'язкової вимоги їх відповідності до поставлених цілей. Навчальний процес передбачає постійну, активну взаємодію вчителя та учня через застосування тренінгових форм, дискусій, аналізу ситуацій, дидактичної гри. Проблемність, гнучка зміна змісту та варіативність, залучення школярів до самоосвіти, вмиле використання власного досвіду характерне для цього етапу.

Контрольно-оцінний моніторинг забезпечує зворотній зв'язок, моніторинг сприйняття і результату формування безпечної поведінки в учнів, що досягається в результаті самоаналізу і самооцінки знань та вмінь, аналізу помилок, формування висновків та планів подальшої діяльності.

Персоніфікована технологія формування здоров'язбережувальної поведінки дає можливість досягти якісної підготовки шляхом застосування технологій,

спрямованих на формування стійкої мотивації до ведення здорового способу життя, емоційно-позитивного ставлення до власного здоров'я та усвідомлення відповідальності як за своє, так і за здоров'я навколишніх. Його реалізація передбачає застосування широкого спектра інноваційних медичних та педагогічних технологій (проблемна дискусія, ділові, рольові та навчальні ігри, ведення «Щоденників здоров'я», написання міні-творів, кейс-технології тощо). Всі перераховані технології доцільно активно застосовувати в навчальному процесі, адже вони спонукають школярів до більш глибокого осмислення та оцінки ситуації, відкритості і гнучкості цілей, продукування нових творчих підходів у вирішенні питань здоров'язбережувальної поведінки. Саме комплексний підхід до освіти заради здоров'я та популяризація здорового способу життя є більш ефективнішим, ніж односторонні, однопланові підходи. На практиці здійснення поставленої мети неможливе без залучення міждисциплінарних команд лікарів, психологів, фахівців інших професій – рятівників, поліцейських тощо. Надзвичайно важливим аспектом є дотримання положень і нормативно-правових документів з питань освіти та охорони здоров'я.

Пізнавальна складова здоров'язбережувальної освітньої технології – здатність школярів до валеологічного мислення, оволодіння знаннями завдяки кваліфікованій поінформованості та обізнаності з питань охорони та збереження здоров'я. При консолідації зусиль фахівців (лікарів, педагогів, членів родини, поліцейських, працівників соціальних служб тощо) під час групових та індивідуальних занять акцентується увага на правилах безпечної поведінки.

Виховна складова, як цілеспрямований процес формування у школярів здоров'язбережувальної освітньої технології, неможлива без широкого залучення сім'ї як найближчого навколишнього середовища, ЗМІ, мистецтва та літератури.

Інноваційно-комунікативна складова характеризується активним залученням учнівської молоді до різних проектів та презентацій в оригінальній формі подання цінностей здоров'я, що забезпечить максимальне засвоєння отриманих знань. Пропонується підготовка "Маршрутів безпеки", "Майстерні здоров'я", конкурси плакатів, мультимедійних презентацій, участь в учнівських проектах тощо.

Зазначені підходи є методичною основою ефективного використання змісту навчального матеріалу як способу передачі знань залежно від вікових особливостей та рівня сформованості культури здоров'я у школярів і спрямовані на саморозвиток, самовиховання, самоактуалізацію та самовдосконалення в плані збереження здоров'я.

Розвивальна складова здоров'язбережувальної освітньої технології полягає в реалізації формування основ здоров'я школярів, охоплює отримані компетенції з дотримання цінностей і норм ЗСЖ, зумовлює потребу турбуватися про своє здоров'я, а по суті - нести відповідальність за дії та вчинки відповідно до вимог безпечної поведінки. На цьому етапі передбачається узагальнення отриманих теоретичних знань і оволодіння практичними навичками та вміннями щодо здоров'язбережувальних технологій у навчально-пізнавальній складовій, що стає можливим за умов використання різноаспектних методів та засобів, а також розробки програм тренінгу.

Враховуючи отримані дані на констатуючому етапі дослідження, теоретичні надбання та з метою дослідження ступеня сформованості здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму в учнівської молоді, до моделі включено **діагностувально-результативний блок**. Для оцінки результативності роботи виділені компоненти: мотиваційно-особистісний, когнітивний та діяльнісний. Для визначення цих компонент враховувалися такі вимоги, як надійність, об'єктивність, достовірність та ефективність. На практиці така робота проводилася за аналізом відповідей при опитуванні за спеціально розробленою анкетною (додаток В). А отримані результати дослідження застосовувалися в процесі як констатувального, так і формувального на перспективу етапів сумісної роботи медиків, педагогів та інших зацікавлених фахівців. Ефективність інтегральної діяльності оцінювалася за моніторингом рівня шкільного травматизму.

Блок наукового регулювання має важливе значення, від його науково-методичної, нормативно-інформаційної, просвітницької та координаційно-кадрової діяльності практично залежить життєздатність нововведень, які

удосконалюють вже існуючі принципи профілактики травматизму в школярів. Інформація про рівень шкільного травматизму в регіоні з його динамікою та основними тенденціями була базовим елементом для зазначених процесів. Для реалізації поставлених завдань даного дослідження та з метою формування здоров'язбережувальних компетентностей у школярів, вчителів та батьків було створено на волонтерських засадах навчально-тренінговий центр. Потреба у його заснуванні була обґрунтована відповідями респондентів, а саме безпосередньо школярами 5-11 класів, їх батьками та вчителями. Під час аналізу результатів опитування було встановлено, що за наявності ознак цілеспрямованості, самодисципліни, на тлі достатньо високого рівня відповідальності, бажання та розуміння необхідності знань з профілактики травматизму виявилися недостатньо розвиненими результативна та пізнавальна компоненти. Правильність такого висновку підтвердили респонденти, висловивши бажання отримати кваліфіковані знання та вміння з питань безпечної поведінки учнівської молоді з практичним їх застосуванням. НТЦ було створено на базі Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й. Мухіна. У своїй роботі НТЦ керується Положенням про навчально-тренінговий центр з профілактики шкільного травматизму, яке погоджено з Управлінням освіти, науки, молоді та спорту і затверджено Департаментом охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації та педагогічною радою Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й. Мухіна від 30 серпня 2018 року, протокол № 1 (додаток Ж).

Відповідно до розділу 4 зазначеного Положення про навчально-тренінговий центр з профілактики травматизму у школярів до його складу входять 6 осіб: педагог, лікар з його методично-організаційними функціями, психолог, медична сестра, соціальний працівник та поліцейський. Розроблено програми проведення занять для учнівської молоді різних вікових груп, а також батьків і вчителів, які обговорено та затверджено на спільному засіданні управління освіти, науки, молоді та спорту і ДОЗ із залученням директорів шкіл.

Робота, яку проводять волонтери НТЦ, передбачає як групову, так й індивідуальну підготовку. Залежно від потреб, реальних обставин та можливостей

забезпечується формування різних за складом мобільних виїзних бригад. Для забезпечення максимального охоплення навчанням всіх шкіл (348 в області) розроблено помісячний план занять та систему зворотного зв'язку з директорами загальноосвітніх навчальних закладів.

Знання з основ здоров'я та його збереження для молодших школярів передбачають донесення інформації шляхом тісної інтеграції з іншими дисциплінами і переважно в ігровій формі. Підготовка учнів 5-9 класів щодо формування культури здоров'я обумовлена спрямованістю та посиленням змісту навчальних програм широким застосуванням інноваційних здоров'язбережувальних технологій під час вивчення дисциплін «Основи здоров'я» та «Охорона безпеки життєдіяльності». Доцільно залучати учнів старших класів для проведення позаурочних заходів з цієї тематики, рекомендовано використовувати спеціально підготовлені теоретичні розділи з інформацією щодо зміцнення і збереження здоров'я. Варто акцентувати увагу на розробленні творчих завдань, які передбачають розкриття індивідуального потенціалу, сприяючи розвитку відповідних компетенцій. Найбільш поширеним та дієвим методом отримання знань є рольові ігри, які містять зміст певної ситуації з подальшим її аналізом та шляхами вирішення. Пізнавальною методикою є підготовка творчих проєктів за різною спрямованістю, особливо з використанням окремих фактів із життя відомих людей. Конкурси, театральні вистави та квест-програми з пропагування здорового способу життя та збереження здоров'я широко використовувалися в літніх оздоровчих закладах області. Відмітимо, що завдання НТЦ полягає не тільки в наданні теоретичних знань, а й передбачає оволодіння відповідними навичками та вміннями. Саме з цією метою на базі медичного коледжу було обладнано спеціальний кабінет.

Отже, на підставі отриманих на попередніх етапах даного дослідження результатів, було розроблено удосконалену модель профілактики травматизму в школярів на регіональному рівні, в основу якої було запропоновано запровадити персоніфіковану технологію формування безпечної поведінки як складової культури здоров'я, що містить розвивальну, виховну, пізнавальну, оцінну та

інноваційно-комунікативну складові і реалізується за мотиваційним, інформаційно-практикологічним етапами та контрольним моніторингом.

6.2 Результати організаційного експерименту щодо впровадження елементів запропонованої удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів

Перед проведенням організаційного експерименту щодо вивчення ефективності впроваджених елементів запропонованої удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів висвітлено заходи, що йому передували.

Втілення в практику основних принципів моделі розпочалося з 1 грудня 2017 року паралельно із роботою навчально-тренінгового центру. На підставі договорів про співпрацю (додаток Р) відповідні заходи у вигляді лекційного матеріалу, практичних занять та тренінгів проводились в трьох навчальних закладах, що були базовими при зборі матеріалу для обґрунтування концепції удосконаленої моделі. З цією метою були задіяні студенти Кіровоградського медичного коледжу (I курсу – 35, II курсу – 54 особи). Впродовж року було проведено 52 тренінгових заняття, у яких взяли участь учні 1-4 класів у кількості 69 осіб, 5-9 - 199 та 122 старшокласники, а також 189 батьків. Із учителями проведено сім практичних занять із застосуванням тренінгових технологій, на яких були присутні 89 осіб.

У наступні роки (2018 та поточному 2019 р.) робота щодо впровадження елементів моделі була розширена, що обумовлено створенням спільного наказу між: Управлінням патрульної поліції в Кіровоградській області, Управлінням ДСНС України, Кіровоградським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Кіровоградською обласною благодійною організацією «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Управлінням освіти, науки, молоді та спорту обласної державної адміністрації, Департаментом соціального захисту населення №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09.08.2018 «Про створення навчально-

тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі імені Є.Й. Мухіна» (додаток К).

На базі Кіровоградського медичного коледжу обладнано кабінет охорони здоров'я для навчання учнів, батьків та педагогічних працівників з питань формування здорового способу життя та збереження здоров'я на основі розвитку життєвих компетентностей.

За період 2018 та дев'яти місяців 2019 року НТЦ було проведено 105 тренінгових занять. Охоплено навчанням 15 шкіл міста Кропивницького та чотири школи області. Задіяно в навчанні: учнів 1-4 класів – 356; 5-9 – 876 осіб; 10-11 класів – 504; батьків — 204; вчителів – 91 особа. До роботи у НТЦ залучено 105 студентів коледжу. Протягом літніх канікул (липень-серпень 2019 р.) проводилися тренінгові заняття з профілактики дитячого травматизму в дитячих таборах області: ТОВ «Дитячий оздоровчий заклад «Бригантина», смт.Новоархангельськ (2 заняття – 38 осіб); ТОВ «Дитячий заклад оздоровлення та відпочинку «Дружба», с. Войнівка Олександрійського р-ну (3 заняття – 64 особи); дитячий заклад оздоровлення та відпочинку «Жовтень», с. Бірки Олександрівського р-ну (3 заняття – 52 особи); дитячий заклад «Оздоровчий комплекс «Лісова пісня» с. Оникієве Маловисківського р-ну (2 заняття – 38 осіб), що підтверджено листом департаменту соціального захисту населення №23-03.1-39/4607.0.23 від 04.12.2019 на виконання спільного наказу «Про створення навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі імені Є.Й.Мухіна» (додаток У).

Відповідно до наказу Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й.Мухіна № 335/1 від 01.10.2018 було внесено зміни до програми післядипломної підготовки для медичних сестер, які працюють в загальноосвітніх навчальних закладах області за наступною тематикою: стратегія формування здоров'я підлітків (2 год.); профілактика шкільного травматизму (2 год.); дитячий травматизм та надання першої долікарської допомоги (2 год. теоретичних та 4 год. практичних занять). Загалом 10 годин: 6 год. теоретичної та 4 год. практичної підготовки (додаток Л).

За наказом №213 від 10.05.2018 «Про створення Школи юних медиків» (додаток Н-1) на базі Кіровоградського медичного коледжу в рамках співпраці з КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт» - загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26» функціонує Школа юних медиків (акт впровадження додаток Н-2).

Мета експерименту полягала у вивченні та порівнянні стану сформованості основ безпечної поведінки школярів шляхом дотримання ними здоров'язберігаючих технологій, а також рівня обізнаності вчителів та готовності їх до поширення ідей здорового способу життя в навчальному процесі, а також поінформованості батьків з основних положень збереження здоров'я і необхідності використовувати їх у повсякденному житті – *до* - та *після* реалізації моделі удосконалення профілактики травматизму в школярів.

На попередньому констатувальному етапі роботи, присвяченому визначенню існуючого стану сформованості культури здоров'я учнів, учителів та батьків, у зазначеному аспекті було доведено необхідність втілення в життя мотиваційно-особистісної, когнітивної та діяльнісної компонент формування принципів профілактики травматизму в школярів. Вони складають їх основу, потребують не тільки набуття теоретичних і практичних знань, а також наполегливості та мотивації щодо їхнього систематичного застосування за умов продуктивної взаємодії учнів, їх батьків та вчителів. Була чітко визначена необхідність нагального підвищення серед кожної із вищезазначених груп таких ознак, як: рівень знань, уміння, мотивація та наполегливість у досягненні мети – попередження шкільного травматизму шляхом дотримання безпечної поведінки. Для цього проводився організаційний експеримент. Нижче подаємо результати проведеної роботи. З огляду на провідне значення сформованості світогляду вчителів та батьків на проблемне питання вважаємо доцільним спочатку прокоментувати дані, отримані за їхніми відповідями. Це дасть можливість визначити зміни за такими позиціями, як мотивація, знання, уміння та наполегливість, окреслених за час використання основних положень запропонованої удосконаленої моделі в реальній практиці.

На рис. 6.2 наочно продемонстровано отриману від учителів відповідну інформацію з цифровим підтвердженням.

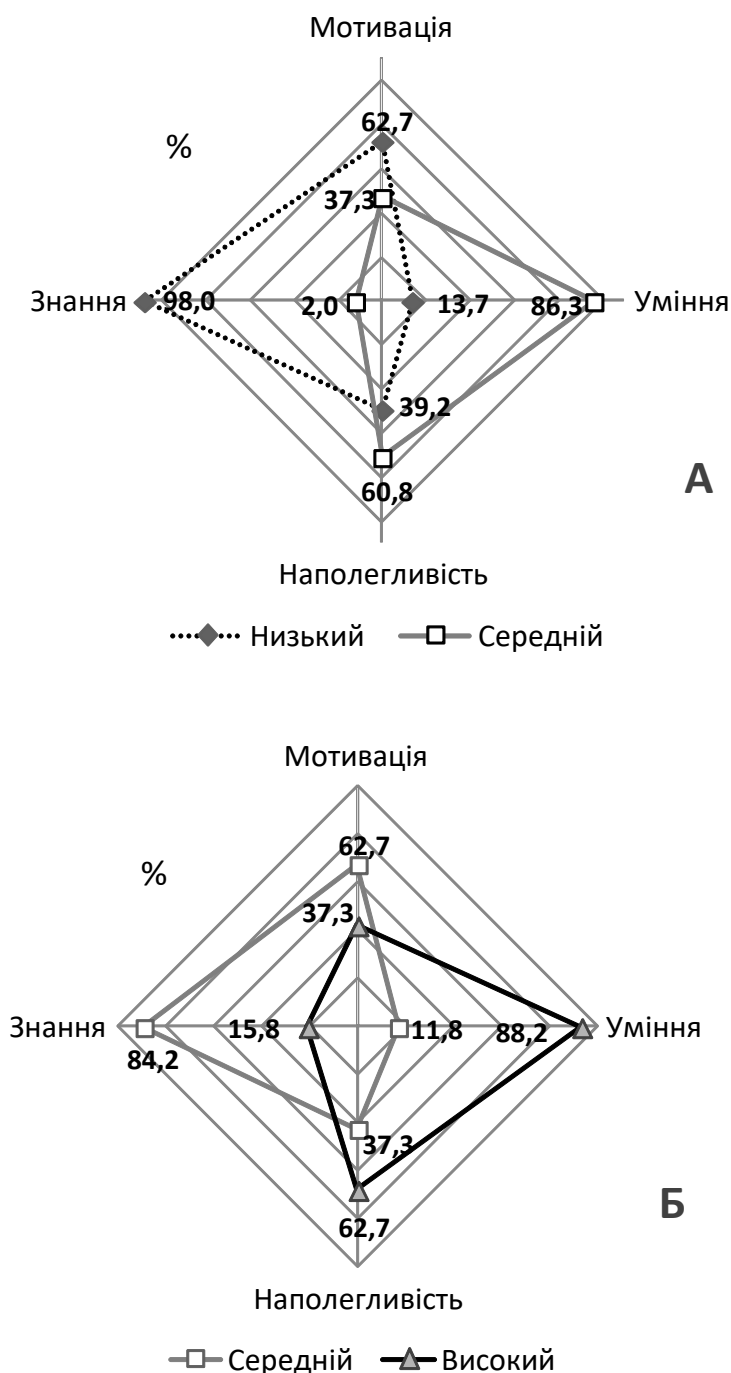


Рис. 6.2 Діаграма самооцінки вчителями готовності до профілактики травматизму в школярів та здоров'язбережувальної поведінки до (А) та після (Б) впровадження моделі (%).

Як видно з діаграми, до впровадження принципів попередження травматизму в школярів провідним фактором, який унеможлиблював реальність широкомасштабного проведення роботи зі сприяння дотримання безпечної

поведінки серед учнів, була відсутність достатніх знань. На їх низькій рівень вказало 98,0% опитаних і тільки 2% – визнали його середнім. Уміннями і навичками щодо практичного втілення оздоровчих технологій на низькому та середньому рівнях володіли 13,7% та 86,3% відповідно. При цьому мотивація до проведення достатньо складної роботи, що не повністю відповідає прямій професійній діяльності вчителів, у 62,7% була низького, а у 37,3% - середнього рівня. Наполегливість середнього рівня, яку виявило 60,8% вчителів свідчить про готовність, розуміння і бажання проводити необхідні заходи зі збереження здоров'я та поширення основ безпечної поведінки серед учнів. Варто зазначити, що в жодному випадку не була зазначена самооцінка високого рівня в розрізі чотирьох критеріїв. Ситуація докорінно змінилася після впровадження моделі, а саме: значно зросла самооцінка за кожним критерієм. Особливим і головним, у порівняльному аспекті, є зміни, які відбулися в рівнях здобутих знань та вміння їх застосувати. У першому випадку високим рівень став у 15,8%, а середній з 2,0% зріс до 84,2%. Високий рівень здатності практичного застосування отриманих знань відмічають 88,2% респондентів. Суттєво позитивно змінилися і показники мотивації та наполегливості. Рівень мотивації у 37,3% став високим та 62,7% - середнім; а наполегливості: 62,7% та 37,3% відповідно. Оскільки мотивація та наполегливість, на нашу думку, більшою мірою залежить від характеру особистості та існуючих умов виконання професійних обов'язків, на перший план виходить необхідність активізації проведення кваліфікованої просвітницької діяльності разом із використанням тренінгових технологій з освоєнням практичного використання набутих знань. Саме цей напрям і повинен реалізуватися під егідою медичних працівників.

На рис 6.3 представлені дані щодо аналізу стану готовності до профілактики травматизму в школярів, що отримані за відповідями батьків. Вважає, що батьки не вважають своїм обов'язком виховувати у власних дітей основи сприяння та зміцнення здоров'я, налаштовувати їх на безпечну поведінку, адже мотивація низького рівня виявилася у 98,0% випадків. Практично близьким до цього був і низький рівень умінь (92,2%), що зумовлено недостатніми знаннями з основ

профілактики травматизму та вмінням їх застосовувати в складній життєвій ситуації. Зазначені ознаки спостерігались на тлі низького рівня наполегливості у більшості (60,8%) та недостатність знань з її низьким (31,4%) та середнім (68,6%) рівнями за аналізом даних самооцінки опитаних.

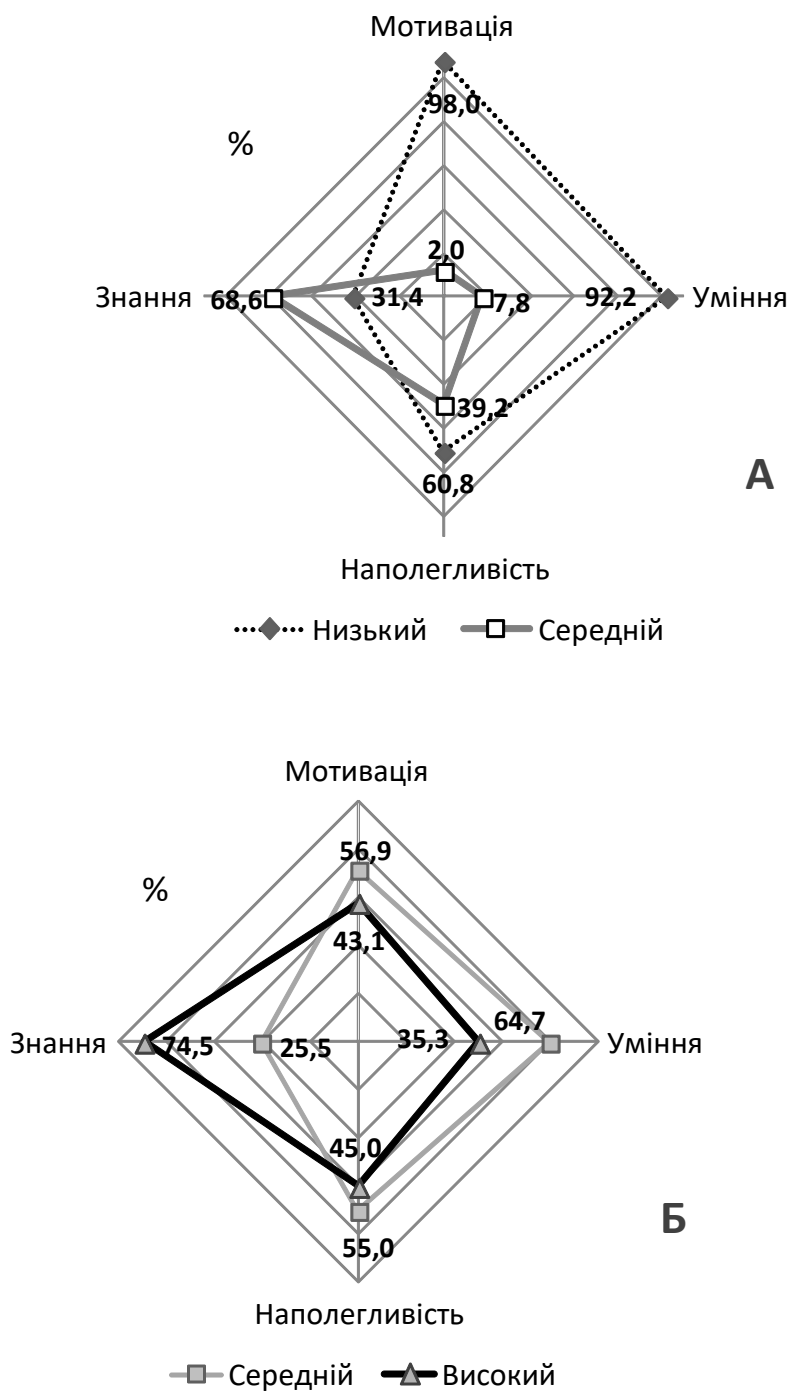


Рис.6.3 Діаграма самооцінки батьками готовності до профілактики травматизму в школярів до (А) та після (Б) впровадження моделі (%).

Як і в попередній групі респондентів, впровадження моделі змінило ситуацію. Низький рівень за всіма критеріями не проявлявся. Високий (74,5%) та середній (25,5%) рівні набутих знань безпосередньо привели до розуміння необхідності (мотивації) власного завдання щодо забезпечення правил безпечної поведінки у дітей (високий рівень – 43,1%, середній – 56,9%), а також належної наполегливості у досягненні бажаного результату (45% та 55,0% - високий і середній рівні відповідно). Не менш важливого значення набуває і оволодіння практичними навичками. З 7,8% до 64,7% зростає кількість відповідей респондентів, що засвідчили середній, а 35,3% - високий рівень після їх набуття.

Наведені дані свідчать, що до початку промоції здоров'язберезувальних технологій чотири основні компоненти (мотивація, наполегливість, знання та вміння), за якими формується культура здоров'я, за самооцінкою вчителів та батьків, були на низькому та середньому рівнях. У викладачів більшою мірою виявлено недостатній рівень знань та вміння їх практичного застосування, у більшості батьків – переважали низькі мотивація та діяльнісна компоненти. Варто вказати на позитивні зміни, що відбулися під впливом запропонованих заходів, передусім в зростанні рівнів сформованості зазначених складових щодо основ безпечної поведінки школярів.

Таким чином, за результатами впровадження елементів запропонованої удосконаленої моделі досягнута реально бажана чітка сформованість за всіма чотирма компонентами серед учителів та батьків, що безпосередньо, як наслідок, вплине і на свідомість учнівської молоді щодо збереження здоров'я.

Підтвердження зазначеного знайшло своє відображення за даними вивчення анкет опитування учнів. Результати їх опрацювання з урахуванням вікової категорії в розрізі визначених компонент подаємо на рис. 6.4 – 6.7.

За проведеним порівняльним аналізом та при відсутності різниці за статтю стало можливим виявити наступні особливості.

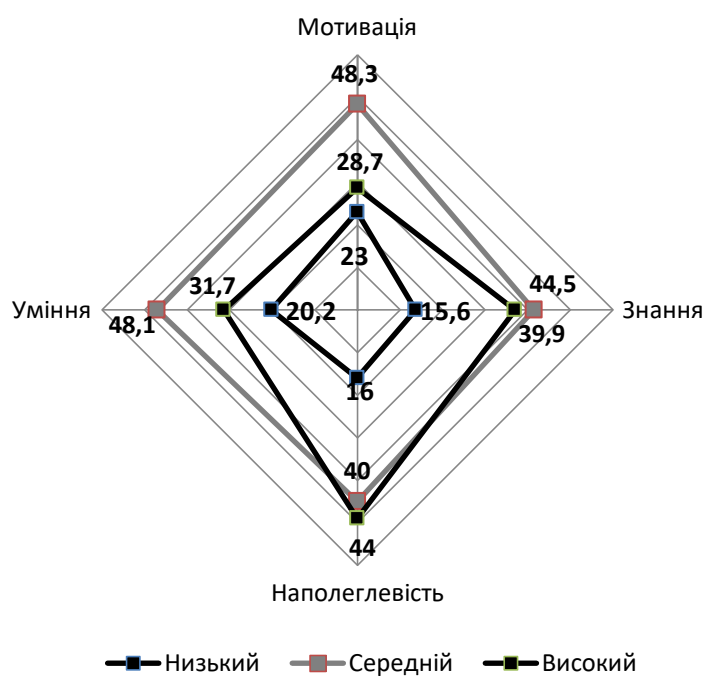
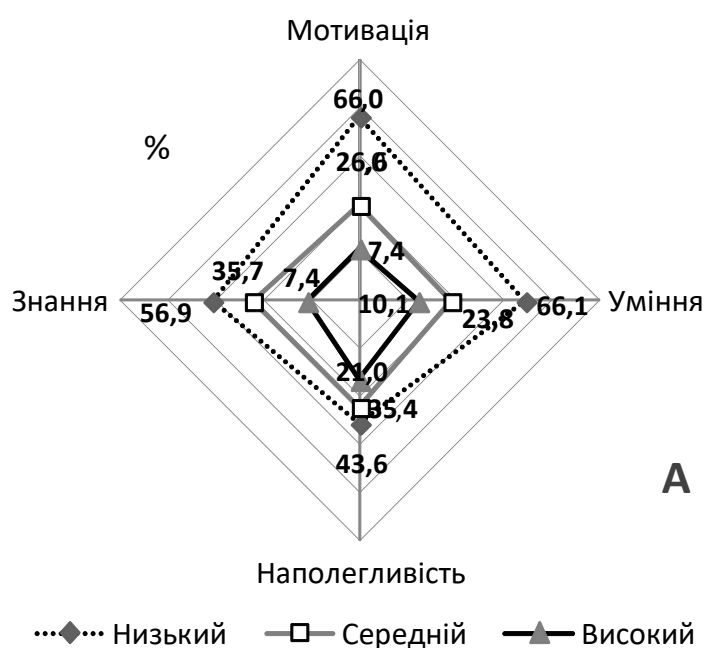


Рис. 6.4 Діаграма самооцінки учнями 2-4 класів готовності до здоров'язбережувальної поведінки до (А) та після (Б) впровадження моделі (%).

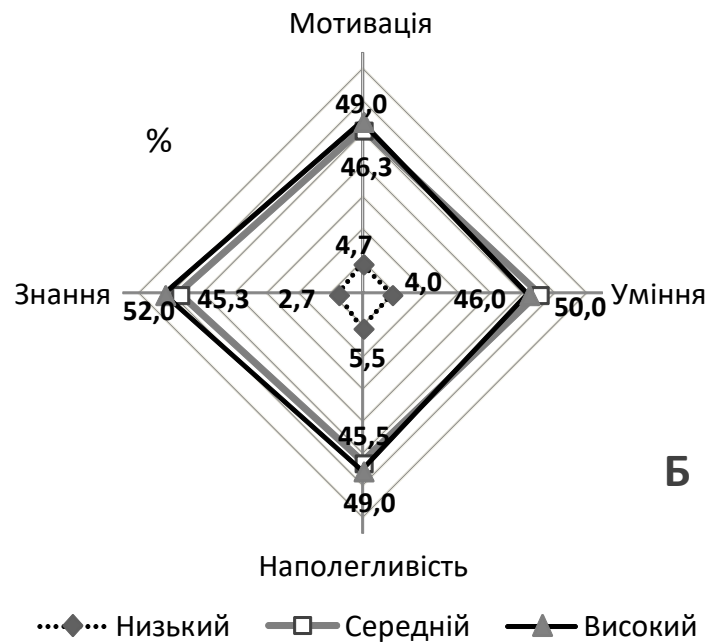
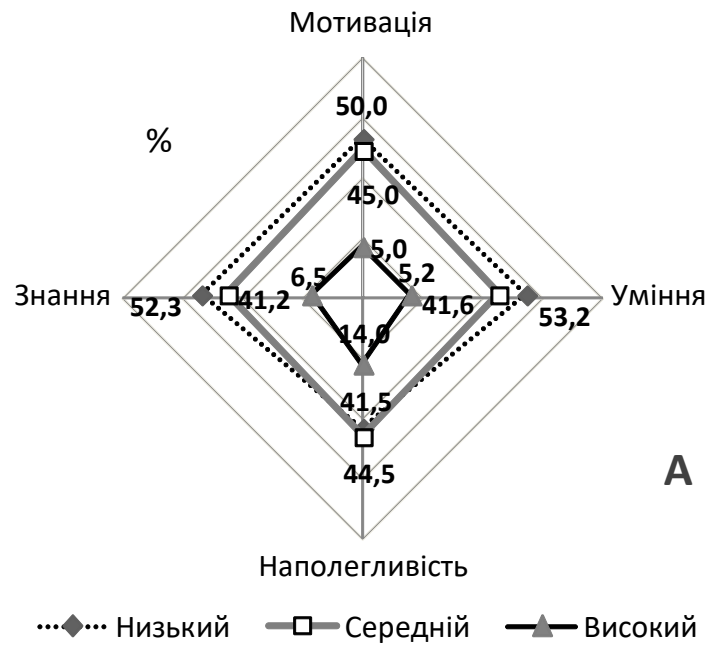


Рис. 6.5 Діаграма самооцінки учнями 5-9-х класів готовності до здоров'язбережувальної поведінки до (А) та після (Б) впровадження моделі (%).

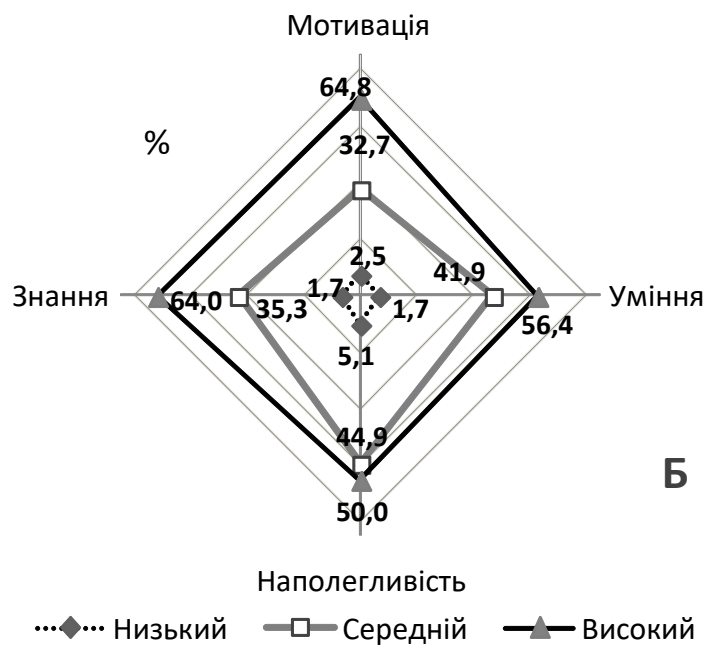
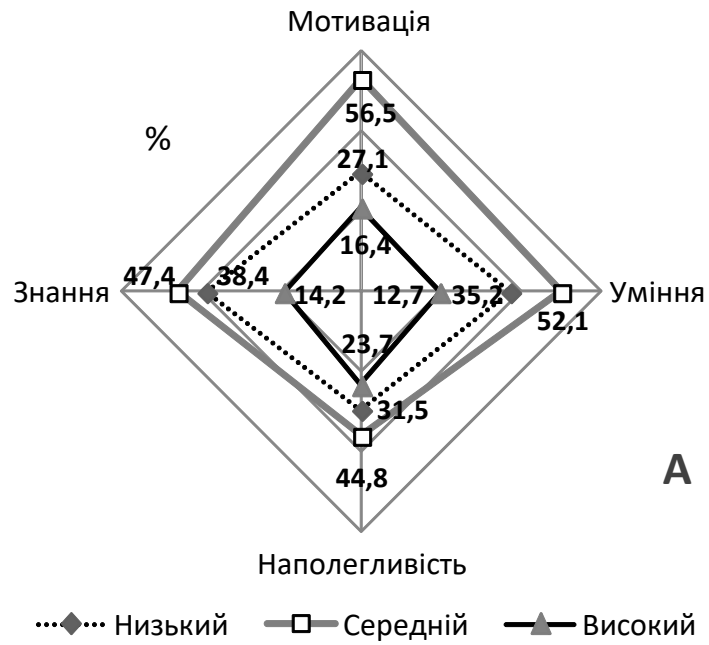


Рис. 6.6 Діаграма самооцінки учнями 10-11-х класів готовності до здоров'язбережувальної поведінки до (А) та після (Б) впровадження моделі (%).

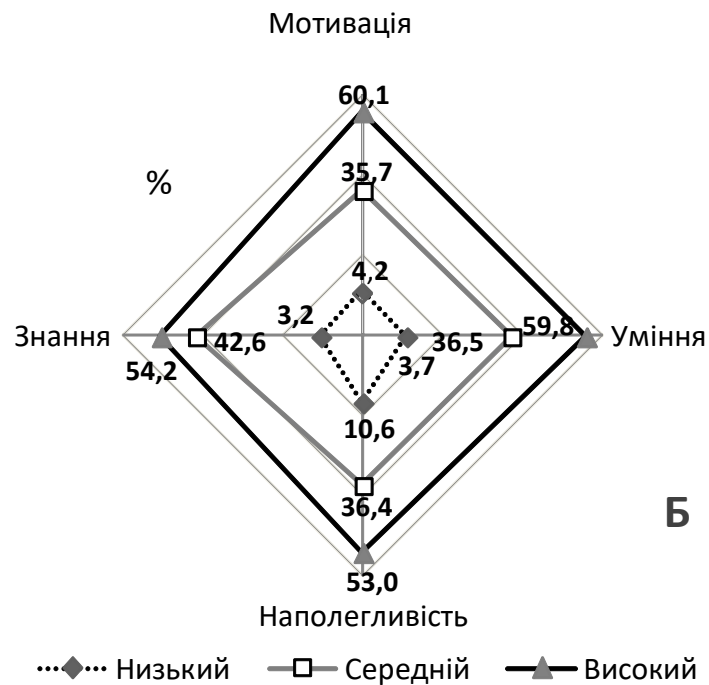
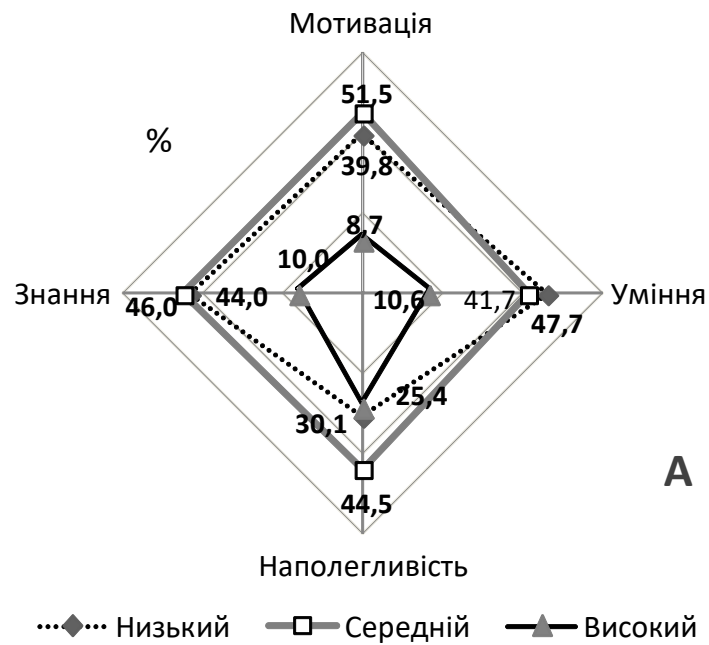


Рис. 6.7 Діаграма самооцінки студентами коледжу готовності до здоров'язбережувальної поведінки до (А) та після (Б) впровадження моделі (%).

Враховуючи вікові групи опитаного контингенту, вважаємо за доцільне передусім звернути увагу на мотиваційний компонент як основу подальших дій для формування особистісної потреби збереження здоров'я та дотримання правил здорового способу життя. Спочатку прокоментуємо базові дані, тобто до впровадження заходів, передбачених моделлю. Як з'ясувалося, у переважній більшості учнів початкових класів практично не був сформований мотиваційний компонент. Низький його рівень зазначений у $66,0 \pm 8,1\%$ випадків. Лише у кожного третього ($26,6 \pm 5,4\%$) він виявився середнім і тільки у $7,4 \pm 2,2\%$ – був високим. Варто зазначити, що з віком ситуація позитивно змінюється. Так, серед учнів середньої школи (5-9 класів) значно менше з низьким рівнем мотиваційного посилення і водночас більше з середнім ($50,0 \pm 5,5\%$ та $45,0 \pm 5,0\%$ проти $66,0 \pm 8,1\%$ та $26,6 \pm 5,4\%$ учнів початкових класів відповідно) за відсутності різниці стосовно високого рівня ($5,0 \pm 1,5\%$ проти $7,4 \pm 2,2\%$). У свою чергу низький рівень мотивації спостерігався у кожного третього старшокласника і був притаманний значно меншій їх чисельності порівняно з попередніми школярами ($33,5 \pm 4,6\%$ серед усіх, у тому числі учнів – $27,1 \pm 7,0\%$ та $39,8 \pm 2,3\%$ у студентів). Більшим був і відсоток із середнім рівнем: серед усіх $54,0 \pm 6,1\%$, без різниці між учнями та студентами ($56,5 \pm 8,3\%$ та $51,5 \pm 3,9\%$ відповідно). У значній більшості по відношенню до учнів 5-9 класів у даному випадку спостерігався високий рівень мотивації до здорового способу життя (серед усіх $10,1 \pm 2,1\%$; $16,4 \pm 4,2\%$ та $8,7 \pm 0,1\%$ проти $5,0 \pm 1,5\%$ відповідно). Подібна тенденція проявилася і при оцінці рівня знань з питань формування культури власного здоров'я, що логічно пов'язано з мотивацією. У більшості учнів початкової та середньої школи рівень знань був низьким ($56,9 \pm 5,6\%$ та $52,3 \pm 4,9\%$ відповідно; $p > 0,05$). Деяко менше, проте без значної різниці, таких випадків спостерігалось серед старшокласників ($41,2 \pm 6,1\%$ серед усіх та $38,4 \pm 6,9\%$ і $44,0 \pm 5,3\%$ учнів і студентів відповідно). Без суттєвої різниці за частотою між групами учнів відсоток середнього рівня знань коливався від $35,7 \pm 5,4\%$ до $47,4 \pm 6,5\%$ серед учнів 2-4 та 10-11 класів відповідно. Цілком закономірно, що більше учнів старших класів мали високий рівень знань з окресленого питання (серед усіх у $12,1 \pm 1,7\%$ проти $6,2 \pm 1,8\%$ серед інших;

$p < 0,05$). Оскільки вміння користуватись знаннями значно більшою мірою залежить від вікових особливостей, закономірною виявилася й пряма залежність при порівнянні відповідних показників. На тлі низького рівня сформованого діяльнісного компоненту щодо збереження власного здоров'я учнівською молоддю за цією ознакою виділяються наймолодші з них ($66,1 \pm 2,4\%$ проти $41,6 \pm 2,1\%$ відповідно учнів 5-9 та старших класів). Значно більший відсоток студентів медичного коледжу, які низько оцінили власні можливості діяльнісної складової, що пояснюється більш вимогливим ставленням до себе з огляду обраної професії і набуття певного професійного досвіду. Узгоджено з наведеною інформацією виглядають показники, що свідчать про середній рівень діяльнісної компоненти. Достовірно менший показник притаманний учням початкових класів ($23,8 \pm 2,93\%$), серед решти: $41,6 \pm 1,4\%$ – $52,5 \pm 3,4\%$ відповідно. На високий рівень уміння підтримувати та зберігати власне здоров'я вказало від $5,2 \pm 1,6\%$ до $12,7 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$) учнів. Вартий позитивної оцінки факт прагнення дітей до дотримання правил безпечної поведінки. Самооцінка вольової компоненти відрізняється від інших передусім тим, що високий рівень її зазначив практично кожний четвертий школяр. Величини показників у розрізі груп вивчення переконливо вищі, ніж при трьох зазначених компонентах. Однак вони, у свою чергу, також повсюдно менші у випадках низького рівня наполегливості при збереженні вже акцентованої вікової особливості. Рівень вольової якості середньої сили мав місце від $30,1 \pm 9,0\%$ до $41,5 \pm 0,2\%$ випадків ($p > 0,05$).

Таким чином виявлено, що переважній більшості учнівської молоді був притаманний низький рівень мотивації, а також знань, умінь і навичок та наполегливості щодо збереження власного здоров'я. Відмінність проявилася більшою мірою у відсутності належної мотивації та обізнаності з практичних основ здоров'язбереження за обмеженого обсягу знань на тлі недостатньо сформованої наполегливості. Рівень вираження зазначених компонент виділяється лінійним зворотнім зв'язком із віком, а саме: відповідні величини показників зменшуються із дорослішанням респондентів.

За результатами втілення елементів моделі профілактики травматизму у школярів були виявлені суттєві зрушення у досягненні позитивних змін за рівнем сформованості компонент, що обумовлюють здоров'язберезувальну поведінку учнів. Під час порівняльного аналізу виявлені особливості, відмінність та схожість процесу, спрямованого на підвищення рівня основних складових, а саме: мотивації, знання, уміння та наполегливості у досягненні мети. Особливість, яка проявилася подібністю за всіма компонентами, характерна для учнів початкових класів, які суттєво відставали від інших за частотою досягнення високих результатів. Зокрема, за критерієм мотивації показник дорівнював $28,7 \pm 2,5\%$, знань – $39,9 \pm 5,0\%$, умінь – $31,7 \pm 2,0\%$, наполегливості – $44,0 \pm 8,1\%$, тоді як, наприклад, серед старшокласників їх величини найбільші і становили $64,7 \pm 6,3\%$, $64,8 \pm 3,3\%$, $56,4 \pm 4,7\%$ та $50,0 \pm 5,1\%$ відповідно. Підкреслимо також, що найбільш повільно формувались показники мотиваційної та діяльнісної складової безпечної поведінки. Так, серед молодших школярів після проведених заходів відсоток з низьким рівнем за ними залишався найбільшим – $23,0 \pm 5,4\%$ та $20,2 \pm 3,4\%$ відповідно. Для двох інших компонент показник був дещо нижчим ($15,6 \pm 3,0\%$ та $16,0 \pm 3,6\%$ відповідно у разі набуття знань та прояву наполегливості), проте він виявився також значно вищим за величини серед учнів 5-9 та 10-11 класів, а саме: $2,7 \pm 0,5\%$ та $5,5 \pm 0,1\%$ проти $1,7 \pm 0,1\%$ та $5,1 \pm 0,5\%$ відповідно. Простежена залежність відставання за часом формування мотиваційної і діяльнісної компонент за віком підтверджується і їх показниками високого рівня серед учнів 5-9 класів: вони виявилися достовірно вищими за величини серед 2-4 класів і нижчими, ніж серед старшокласників ($49,0 \pm 8,0\%$ та $46,8 \pm 5,3\%$ проти $64,8 \pm 6,3\%$; $56,4 \pm 0,2\%$ та $60,1 \pm 4,7\%$; $59,8 \pm 3,1\%$ серед учнів 10-11 класів і студентів коледжу відповідно). Що стосується динаміки показників середнього рівня, то в ряді випадків вони зростали або ставали нижчими. Характер змін залежав від інтенсивності переходу з одного рівня сформованості тієї чи іншої компоненти до наступного, більш високого.

Підсумовуючи вищенаведені дані, дійшли однозначного висновку, що за результатами впровадження окремих елементів запропонованої удосконаленої

моделі профілактики травматизму у школярів підтверджено її реальну ефективність. Отримано достовірні докази позитивного впливу на формування в учнівської молоді усіх компонент, за якими визначаються основи здоров'я, складовою яких є безпечна поведінка. Окремо наголосимо, що подібні зміни спостерігались і у процесі формування готовності до профілактики травматизму у дітей серед учителів та батьків. Зазначене свідчить, що процес усвідомлення, обізнаності, потреби, бажання, набуття навичок зростання вольових якостей в учнів є безперервним процесом у досягненні кінцевої мети – збереження та зміцнення здоров'я підрастаючого покоління. Виявлені особливості залежності формування окремих компонент від віку розкривають можливості подальшого зосередження уваги на цих питаннях та їх коригування.

6.3 Результати експертної оцінки удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів

Запропонована удосконалена модель профілактики травматизму у школярів була оцінена експертами за спеціально розробленою картою, яка містить 16 критеріїв. Міждисциплінарний підхід у вирішенні актуального питання травматизму у школярів обумовив залучення до його профілактики зацікавлені державні, громадські структури, а за родом діяльності управлінські, навчальні та благодійні. З огляду на зазначене, вважали за доцільне оцінити запропоновані нововведення моделі багатопланово з точки зору фахівців різних спеціальностей.

До групи експертів увійшло 62 різних за фахом та родом діяльності спеціалістів з 33 установ. Перелік останніх викликає зацікавленість, адже втілення положень моделі потребує мультидисциплінарного підходу для забезпечення реальної профілактики травматизму в школярів, яка подається під кутом культури здоров'я учнівської молоді з основами безпечної поведінки.

До складу установ увійшли: Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації; Департамент соціального захисту населення; Управління освіти, науки, молоді та спорту; Управління патрульної поліції області;

Управління ДСНС України в Кіровоградській області; обласна благодійна організація «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»; загальноосвітні навчальні заклади області; лікувальні заклади охорони здоров'я Кіровоградської області.

Виділимо окремо заклади вищої освіти медичного та педагогічного профілів: медичні коледжі; Українська медична стоматологічна академія (кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я); Харківський національний медичний університет (кафедра громадського здоров'я та управління); Харківська медична академія післядипломної освіти (кафедра соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я); Івано-Франківський національний медичний університет (кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я); Донецький національний медичний університет; Центральноукраїнський державний педагогічний університет імені В.Винниченка; Кіровоградський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського.

Безпосередньо, як зазначалося, групу експертів склали 62 спеціалісти, 29 (46,8%) із яких були науковці за фахом «Соціальна медицина», 13 (20,0%) управлінці, 11 (17,7%) – освітяни, 2 (3,2%) – економісти. Серед експертів 15 (24,2%) було докторів наук (у т. ч. 7 – медичних, 7 – педагогічних, 1 – економічних), 22 (35,5%) – кандидатів наук (у т. ч. 16 – медичних, 4 – педагогічних, 1 – державного управління, 1 – економічних). Наукове звання мали 25 осіб (40,3%), з них 11 – професора (в т.ч. 8 – з медичних, 2 – педагогічних, 1 – економічних наук); 14 – доцента (в т.ч. 13 – за фахом «Медицина», 1 – з економіки). Середній вік експертів – $54,0 \pm 3,7$ років.

Склад експертів був обраний, виходячи з міркувань, що питання профілактики травматизму у школярів виходить за рамки суто медичної компетенції і є міждисциплінарним, адже профілактика шкільного травматизму, як і безпечна поведінка, що складає її основу, разом сприймаються єдиним цілим у контексті необхідності дотримання культури здоров'я з опануванням принципів здорового способу життя. З огляду нинішнього стану здоров'я населення, особливо дитячого, окреслення проблеми стосується усієї громади. При цьому

визначається пріоритетність фахівців первинної співпраці з учнівською молоддю, перелік яких достатньо широкий і не потребує уточнень та коментарів. Крім того, за таких умов цілком виправданою є участь в оцінці моделі представників, передусім охорони здоров'я, а також освіти, поліції, управлінців, благодійних суспільних організацій тощо. Такий підхід об'єктивізує адекватність багатокomпонентності моделі до реалій сьогодення.

Експерти оцінювали модель за запропонованими 16-ма параметрами, які оцінювалися за 10-бальною шкалою, що відображено в табл. 6.3.

Таблиця 6.3

Результати експертної оцінки удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів (за 10-бальною шкалою; $M \pm m$)

№ п/п	Параметри оцінки	$M \pm m$ бали	% C_v *
1	Комплексність запропонованих нововведень	9,3±1,2	12,9
2	Системність запропонованих нововведень	9,4±0,9	9,5
3	Профілактична спрямованість	9,6±0,7	7,3
4	Етапність профілактичних заходів	9,2±0,9	9,7
5	Взаємодія між всіма зацікавленими сторонами	9,3±0,8	8,6
6	Важливість залучення поліцейських	9,4±0,7	7,4
7	Важливість залучення старшокласників та студентів медичного коледжу	9,3±0,8	8,6
8	Важливість залучення психолога	9,3±0,9	9,6
9	Доступність	9,4±0,8	8,5
10	Наступність та етапність профілактики	9,2±1,0	10,8
11	Соціальна ефективність	9,5±0,6	9,8
12	Медична ефективність	9,4±1,0	10,6
13	Економічність ефективність	9,1±0,9	6,3
14	Сприяння розвитку взаємодопомоги, добровільному волонтерству	9,6±0,8	8,3
15	Доцільність створення навчально-тренінгового центру	9,7±0,8	8,2
16	Модель в цілому	9,7±0,5	5,1

Примітка: 1. */ коефіцієнт узгодженості (%).

Перед тим як провести аналіз, відмітимо високий ступінь узгодженості думок: за винятком окремого випадку, вона не перевищувала 10,0%, тобто фахівці різних за фахом та родом своєї діяльності високо оцінили запропоновану удосконалену модель профілактики травматизму у школярів з огляду, що усереднені значення за всіма параметрами не були нижчими, ніж 9 балів за 10-бальною шкалою. У цілому модель отримала $9,7 \pm 0,5$ бали при коефіцієнті варіації C_v 5,1%.

Акцентуємо увагу на окремих параметрах, за якими вона характеризувалась і за якими напрямками має переваги. По-перше, принципово важливим є позитивне ставлення до цілеспрямованої системи нововведень та заходів, що пропонуються і не потребують додаткових затрат, крім організаційно-функціонального раціонального переогляду уже існуючих. Експерти підтвердили її комплексність, системність, профілактичну спрямованість та етапність із наступністю дій, доступних для широкого кола зацікавлених у процесі осіб.

Особливого значення в умовах сьогодення набуває формування в суспільстві єдиної вірної думки щодо необхідності дотримання здорового способу життя та безпечної поведінки як основи попередження травматизму. Вона близька із поняттям взаємодії та підтримки, що вимагає своєї промоції, починаючи з кола сім'ї і, завершуючи в шкільному середовищі. Експерти відмітили, що при її реалізації забезпечується взаємодія між усіма зацікавленими сторонами, створюються умови розвитку взаємодопомоги, добровільного волонтерства, а також сприяння процесу залучення старшокласників та студентів медичних коледжів. Підвищена увага акцентується студентах, адже активне залучення їх до проведення просвітницької роботи щодо пропагування здорового способу життя та правил безпечної поведінки в першу чергу мотивує до власної підготовки, самоорганізації допомоги молодшим за віком, а, по-друге, сприяє набуттю професійних компетентностей. Не менш важливим в цьому плані є залучення поліцейських та психологів з огляду на існуючу поведінкову проблемність контингенту, передусім підліткового віку.

За трьома наступними параметрами експерти оцінювали практичний результат, тобто соціальну, медичну та економічну ефективність, який очікується від втілення окремих елементів запропонованої моделі у повсякденну практику. Серед них дещо нижче оцінена економічна, що цілком виправдано, оскільки ця складова проявляється з роками. Як і всі інші організаційні заходи, зміни, зокрема в стані покращення здоров'я, за окремими класами хвороб проявляються значно пізніше і потребують тривалого моніторингу. Окремо підкреслимо визнання доцільності створення навчально-тренінгового центру на регіональному рівні. Потреба в наявності організаційно-методичного та інформаційного центру на громадських засадах при медичному коледжі не викликає сумніву. Вона аргументується багатьма факторами, у тому числі такими основними, як зосередження в закладі одночасно викладачів-освітян та медиків різних спеціальностей. Поєднання їх досвіду і знань при залученні інформаційного та освітнього інструментарію в осередку учнівської молоді буде сприяти створенню атмосфери довіри, що разом із професіоналізмом забезпечить конкордатність дій щодо реалізації завдань.

Таким чином, за результатами проведеної висококваліфікованими фахівцями експертної оцінки з визначенням результативності запропонованих інновацій моделі травматизму у школярів на регіональному рівні можна однозначно стверджувати про її перспективність та здатність забезпечувати як формування безпечної поведінки, що є як запорукою профілактики травматизму у школярів, так і формування культури здоров'я в широкому її розумінні.

Висновки до розділу 6

1. Обґрунтовано та розроблено удосконалену модель профілактики травматизму в школярів на регіональному рівні на основі міждисциплінарного підходу, базовим елементом якої є запропонована персоніфікована технологія формування безпечної поведінки як складової культури здоров'я, що вимагає покращення розвивальної, виховної та пізнавальної функцій і спрямована на

забезпечення мотиваційної, інформаційно-праксеологічної компонент та контрольної-оцінного моніторингу.

2. Перевагами удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів є: системне охоплення учнів за віком, місцем проживання та ступенем обізнаності та готовності до формування основ безпечної поведінки; комплексне залучення на міждисциплінарному рівні до проведення профілактичних заходів різних спеціалістів (поліцейських, психологів, рятувальників, працівників соціальних служб), волонтерів (учнів старших класів, студентів медичного коледжу), членів родини; з найменшими економічними затратами за рахунок наявних ресурсів та оптимізації функціональних обов'язків задіяних фахівців навчально-тренінгового центру на громадських засадах.

3. За результатами втілення на практиці окремих елементів удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів у ході організаційного експерименту виявлені зростання показників підвищення рівня мотиваційної, пізнавальної, діяльнісної та вольової складових формування здоров'язбережувальної поведінки серед учнів, вчителів і батьків, що підтверджує її результативність та доцільність.

4. За даними експертної оцінки запропонованої удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів, проведеної експертами із числа фахівців різних спеціальностей і зацікавлених даною проблемою, доведено її ефективність та перспективність, що підтверджено високою оцінкою ($9,7 \pm 0,5$ бала за 10-бальною шкалою) за 16-ма параметрами.

Матеріали розділу опубліковані:

1. Михальчук ВМ., Бондарь СО. Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):47-53 [123].

2. Mikhalchuk VM, Bondar SO. Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018;8(11):540-545 [124].
3. Михальчук ВМ., Бондарь СО. Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2019;2(10):25-31 [125].

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням вирішено актуальне наукове завдання – обґрунтовано та розроблено удосконалену модель профілактики травматизму школярів, яка є комплексною, багатокomпонентною, базується на принципах міждисциплінарного підходу і конкордатності дій органів влади, системи охорони здоров'я та інших зацікавлених сторін щодо формування здоров'язбережувального середовища та поведінки учнів. Впровадження основних елементів запропонованої моделі довело її дієздатність та медико-соціальну ефективність.

1. Систематизація та узагальнення вітчизняних і зарубіжних наукових джерел показала актуальність вивчення проблеми дитячого травматизму, зокрема шкільного, недосконалість в сучасних умовах розвитку суспільства існуючої системи організації профілактики шкільного травматизму, необхідність забезпечення інтеграції на міждисциплінарному рівні зусиль органів державної влади й громадськості, представників медичної та педагогічної спільнот, членів родини та самих учнів на всіх етапах отримання освіти, потребу наукового обґрунтування і розробки удосконаленої моделі профілактики травматизму в школярів.

2. Встановлено, що в структурі первинної захворюваності дитячого населення України питома вага класу «Травми, отруєння та інші наслідки впливу зовнішніх причин» впродовж 1999-2016 років була стабільною і становила 3,6% серед вікової категорії 0-14 років і 5,8% – серед підлітків 15-17 років, а інтенсивні показники дитячого травматизму внаслідок вищих темпів приросту в Кіровоградській області дещо більші, ніж в Україні загалом (в 2016 році – 482,1 на 10 тисяч населення проти 473,2 ‰ у віці 0-14 та 690,2 ‰ проти 659,5 ‰ у 15-17 років відповідно) при практично однаковій і в регіоні, і в державі сталій структурі локалізації шкільних травм, перші рангові місця у якій припадають на: рани, поверхневі пошкодження та ушкодження судин (49,1%), переломи кісток

верхніх кінцівок (24,3%), вивихи, розтягнення, деформація і травми зв'язок суглобу та прилеглих м'язів (15,1%).

3. За даними соціологічного дослідження уточнено, що майже третина учнів (27,8%) мали досвід шкільного травматизму (з них кожен п'ятий – 22,5%, неодноразово), у структурі якого переважали забій (45,8%), вивих (25,8%), перелом кінцівки (14,5%) та поріз (11,3%); при цьому, найвищий ризик травмування притаманний учням 5-9 класів (37,3%), зокрема сільських шкіл, а найбільш травмонебезпечними місцями є їдальня, шкільне подвір'я та спортивна зала.

4. Встановлено, що за психоемоційним статусом кожен десятий учень (11,0-12,2%), незалежно від віку, характеризується високим рівнем загальної тривожності, яка також може проявлятися зростанням із віком (до 44,7% серед підлітків) частки учнів з адаптивно надмірним спокоєм, і яка на тлі значного поширення недостатніх ступенів вольової саморегуляції (31,8-44,6%), самовладання (42,6-47,3%) та наполегливості (42,3-55,0%) свідчить про схильність таких учнів до потенційно небезпечної щодо травмування поведінки. Виявлені високі рівні тривожності вчителів (50,5%) та батьків (32,7%) при не завжди достатньому ступені вольової саморегуляції (28,2% і 35,2% відповідно), самовладання (37,4% і 32,2%) та наполегливості (51,9% і 44,8%) можуть негативно впливати на їх здатність формувати здоров'язберігаючу поведінку учнів і вимагають корекції.

5. Показано, що попри високу ціннісну вагомість здоров'я (93,0%) для учнів усіх вікових груп, кожен п'ятий з них має недостатню практичну (18,5%) та пізнавальну (20,9%), і ще 40% - вольову готовність до здоров'язберезувальних дій. При цьому, з віком зростає частка школярів, не вмотивованих на отримання знань з правил безпечної поведінки (з 10,3% у 5-9 класах до 25,8% у 10-11 класах) та на участь в заходах запобігання травматизму (з 26,7% до 31,7% відповідно) і схильних до спрощеного фактичного та бажаного доступу до спеціальної інформації з цих питань (з 26,5% до 41,0% осіб, які користуються лише одним джерелом інформації), основними постачальниками якої є вчителі (33,8-38,3% у

всіх вікових групах), батьки, роль яких знижується з віком з 35,4% у 1-4 класах до 28,8% до у 10-11 класах, та медпрацівники, вагомість яких з віком зростає з 6,8% до 17,2% відповідно.

6. Встановлено, що більшість учителів високо вмотивовані (93,0%) і налаштовані (86,6%) на формування у школярів безпечної поведінки, однак основними перешкодами цього є недостатність спеціальних знань (у 21,2%) та вмінь (33,8%), набутих від медпрацівників (23,4%), що спонукає їх шукати інформацію в Інтернеті (21,8%), серед колег (19,6%) та в ЗМІ (11,7-15,6%) і визначає високий попит на спеціальні теоретичні та практичні знання (43,4%), відповідний науково-методичний супровід (67,6%) й усвідомлення потреби поліпшення ефективності донесення знань з профілактики травматизму через застосування міждисциплінарного підходу з активним залучення психологів (57,2%), поліцейських (40,0%), студентів медичних коледжів (49,5%) або учнів старших класів (14,4%).

7. З'ясовано, що, попри високу мотиваційну готовність батьків брати участь у формуванні безпечної поведінки в своїх дітей (92,2%), кожен п'ятий з них не мав для цього відповідної цілеспрямованості (21,2%), знань (20,2%) та вмінь (20,5%), отримуючи їх переважно від вчителів (24,4%), медпрацівників (20,3%), від інших батьків (16,8%), Інтернету (14,6%) та ЗМІ (7,9-12,2%), і демонструючи при цьому недостатнє розуміння потреби в отриманні такої інформації (20,5%).

8. Обґрунтовано та розроблено удосконалену модель профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні із застосуванням міждисциплінарного та міжсекторального підходів, центральним інноваційним елементом якої є персоніфікована технологія формування безпечної поведінки як складової культури здоров'я учнівської молоді, що містить мотиваційний, інформаційно-праксеологічний та контрольний-оцінний компоненти, реалізація яких передбачає послідовний комплекс конкордантних заходів органів місцевого самоврядування, медичних та педагогічних працівників, інших зацікавлених сторін із інтегральною та консолідуючою роллю органу управління охорони здоров'я.

9. Впровадження основних елементів удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів в ході організаційного експерименту на базі створених для цього нових організаційно-функціональні структур: навчально-тренінгового центру, Школи юних медиків та кабінету охорони здоров'я дозволило поліпшити серед учнів, вчителів та батьків рівень їх знань (на 43,6%, 98,1% та 74,5% відповідно) і вмінь (на 39,8%, 88,2% та 35,3% відповідно), мотивації (на 41,2%, 37,3% та 42,1% відповідно) та цілеспрямованості (27,9%, 62,7% та 45,1% відповідно). Результати експертної оцінки кваліфікованими незалежними експертами запропонованих нововведень засвідчили їх вагомість для удосконалення профілактики шкільного травматизму (9,7 балів в цілому за десятибальною шкалою) із прогнозованою позитивною медичною (9,4), соціальною (9,1) та економічною (9,1) ефективністю, що дозволяє рекомендувати їх для впровадження в систему охорони здоров'я України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати проведеного дослідження щодо обґрунтування і втілення на практиці окремих елементів запропонованої моделі профілактики травматизму у школярів та з метою проведення організаційних заходів по створенню здоров'яформуючого, здоров'язберезжувального та інформаційно-просвітницького оточення дозволяють рекомендувати:

1. Адміністрації Олександрійського медичного коледжу з метою більш широкого охоплення загальноосвітніх навчальних закладів області навчально-тренінговими заняттями створити навчально-тренінговий центр з профілактики травматизму у школярів.
2. Адміністрації Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й.Мухіна ініціювати створення Координаційної ради з профілактики травматизму у школярів при обласній державній адміністрації.
3. Медичним коледжам України, які проводять післядипломну підготовку молодшого спеціаліста запровадити в освітній процес запропоновані зміни до програми післядипломної підготовки для медичних сестер, що працюють у загальноосвітніх навчальних закладах в розрізі профілактики шкільного травматизму.
4. ДУ «Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України» рекомендувати адміністрації медичних коледжів України створити навчально-тренінгові центри з профілактики травматизму в школярів.
5. Міністерству охорони здоров'я України спільно з Міністерством освіти і науки України розробити цикл соціальної реклами, яка пропагує здоровий спосіб життя та основи безпечної поведінки в школі.
6. Міністерству освіти і науки України внести зміни до штатних розписів загальноосвітніх навчальних закладів шляхом обов'язкового введення посади медичної сестри.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айзман РИ. Здоровье педагогов и обучающихся – ключевая задача современной школы. Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2012;3(7):24-35.
2. Айзман РИ, Айзман РИ, Рубанович ВБ, Суботялов МА. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие. Новосибирск, 2010:286 с.
3. Айтиалиева РР, Буйлашев ТС. Состояние здоровья школьников как факторы, влияющие на них (обзор литературы). Наука, новые технологии и инновации. 2017;6:38-42.
4. Алексеев СВ. «Обучение в ситуациях» как модель образования в области безопасности жизнедеятельности педагогов и школьников. Педагогика высшей школы. 2016;1-3(6):27-30.
5. Андреева ИГ. Теоретические основы формирования культуры здоровья младших школьников. Вестник Академии детско-юношеского туризма и краеведения. 2017;4:64-73.
6. Анікєєва Д.М. Проблеми формування здорового способу життя студентської молоді. Педагогіка. Психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2009;2:6-9.
7. Андриющенко ТК. Формування здоров'язберезувальної компетентності як соціально-педагогічна проблема. Науковий вісник Волин. НУ імені Лесі Українки. Пед науки. 2012;7:123-127.
8. Антипкін ЮГ, Волосовець ОП, Майданник ВГ, Березенко ВС, Моїсеєнко РО, Виговська ОВ. та ін. Стан здоров'я дитячого населення – майбутнє країни (Ч.1). Здоровье ребенка. 2018;1(13):11-21.
9. Антонова ОЄ. Здоров'язберігаюча компетентність особистості. Магістр медсестринства. 2013;2:10-17.
10. Асянова СР. Формирование и развитие культуры безопасного поведения школьника на дорогах. Образование и саморазвитие. 2010; 5(21):125-129.

11. Ахвердова ОА, Магин ВА. К исследованию феномена «Культура здоровья» в области профессионального физкультурного образования. Теория и практика физической культуры. 2002;9:12-18.
12. Бекетова ГВ, Савінова КБ, Дубогай ОД, Міщерська ГД. Вплив здоров'язберігаючих технологій на стан здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Современная педиатрия. 2018;96(8):17-22.
13. Белецкий АВ, Ломать ЛН. Детский травматизм в Республике Беларусь: стратегия профилактики и пути ее реализации на 2013 – 2015 годы. Медицинские новости. 2013;7(226):4-12.
14. Беспутчик ВГ. Ярмолюк ВА. Проблемы психофизиологического здоровья учащихся. Современные здоровьесберегающие технологии. 2016;4(5):34-44.
15. Богачева ТЮ. Здоровый образ жизни как приоритетная задача социальной политики зарубежных государств. Живая психология. 2016;3:153-158.
16. Богданова Г. Підготовка вчителів до формування в учнів життєвих навичок. Здоров'я та фізична культура. 2007;9:6–7.
17. Богомолова ЕС, Кузмичев ЮГ, Бадеева ТВ, Ашина МВ. Диагностика факторов риска в системе среда обитания – здоровье школьников. Здравоохранение РФ. 2011;5:17-18.
18. Бондарь СО. Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї. Wiadomości Lekarskie. 2018;LXXI(3):508-513.
19. Бондарь СО. Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму. Україна: Здоров'я нації. 2018;2(49):9-16.
20. Бондарь СО. Шкільний травматизм: особливості, тенденції. Професійна освіта: проблеми й перспективи. 2018;14:49-54.
21. Безрукавый РВ. Здоровьесберегающая среда вуза как условие формирования у студентов здоровьесберегающей компетентности [Электронный ресурс] Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2013. №33. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/zdoroviesberegayuschaya-sreda-vuza-kak-uslovie-formirovaniya-u-studentov-zdoroviesberegayuschey-kompetentnosti>

22. Борисов ММ. Социально-педагогическое значение адаптивной физической культуры. Успехи современного естествознания. 2012;5:40-41.
23. Брижата ІА. Дидактичні технології профілактики шкільного травматизму. Вісник Чернігівського державного університету. 2009;64:36-39.
24. Брызгунов ИП, Касатикова ЕВ. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. Москва : Медпрактика-М, 2002:128 с.
25. Бухановська ТМ, Габорець ЮБ, Андрейчин ЛВ, Матвієнко ІМ. Характеристика стану здоров'я дитячого населення України. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. Київ, 2012:65-79.
26. Бухановська ТМ, Мальцева ЛО, Андрейчин ЛВ. Стан здоров'я сучасних школярів, шляхи його збереження та поліпшення. Україна. Здоров'я нації. 2012;1(21):44-50.
27. Василик ВС, Комарницька ТВ, Пилипчук ВЛ. Соціальні аспекти формування здорового способу життя і збереження здоров'я серед підлітків. Україна. Здоров'я нації. 2007;1:141-145.
28. Валиуллина СА, Шарова ЕА. Эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы у детей. Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2012;2-3(32-33):81-90.
29. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі. Здоров'я та фізична культура. 2006;8:1-6.
30. Весельський ВЛ, Медведовська НВ, Кульчицька ТК та ін. Моніторингова оцінка здоров'я дитячого населення та заходи щодо його збереження. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. 2006;2:5-10.
31. Вечеркин ДВ, Вечеркин ВА, Чопоров ОН, Гаврилова МВ. Анализ травматизма у детей школьного возраста и пути его профилактики в современных условиях. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014;13:691-693.

32. Вирабова АР. Развитие здоровьезберегающей среды в системе образования на основе интеграции ресурсного обеспечения. Москва: Пробел, 2000:2012 с.
33. Виленский МЯ. Социально-педагогические детерминанты формирования здорового образа жизни. Теория и практика физической культуры. 1994;9:9-11.
34. Волосовец ТВ. Проблемы здоровья детей и факторы внутришкольной среды образовательного учреждения. Психология обучения. 2012;5:88-96.
35. Воронцова ТВ, Пономаренко ВС. Основи здоров'я: підручник. Київ: Алатон, 2008:160 с.
36. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень. Февраль 2018;1(59).
37. Габеркорн ИИ. Формирование здорового образа жизни в процессе валеологического образования учащихся. Ученые записки университета имени Ласгафта. 2017;10(152):35-39.
38. Габорець ЮЮ, Дудіна ОО. Динаміка захворюваності дитячого населення України в регіональному аспекті та поширеності між ними хвороб. Україна. Здоров'я нації. 2017;4(45):18-28.
39. Гаврюченков ДВ, Авхименко ММ. Опасности, подстерегающие ребенка в быту. Медицинская сестра. 2016;1:12-15.
40. Гатиатуллина ЛК. Внедрение здоровьесберегающих технологий в обучении и воспитании младших школьников. Научно-методический электронный журнал Концепт. 2014;12:596-600.
41. Гафнер ВВ. Безопасный образ жизни: как его сформировать учителю? От теории к практике. Народное образование. 2014;3:186-192.
42. Гонтаровська Н. Інноваційне середовище як фактор розвитку особистості. Директор школи. 2008;9:3-5.
43. Горащук ВП. Формирование культуры здоровья школьников: теория и практика. Луганск: Альма-матер, 2003:3-176.

44. Горбунов МВ, Мидленко АИ, Машин ВВ, Горбунов ВИ. и др. Черепно-мозговой травматизм у детей: социальные, клинические и организационные аспекты. *Современные проблемы науки и образования*. 2015;1:13-19.
45. Гречухин ИВ. Актуальные проблемы учета, анализа и профилактики травматизма. *Современные проблемы науки и образования*. 2011;6:25-27.
46. Грузева ТС, Галієнко ЛІ, Іншакова ГВ. Фізична активність як складова здорового способу життя та профілактики захворювань. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2010;1(9):132-134.
47. Гурьянова МП, Малинин ВМ. Социальный педагог и проблемы здоровьесбережения школьников. *Народное образование*. 2016;1:57-65.
48. Даниленко ОВ, Корнева ИН. Этиология детского травматизма и его профилактика. *Евразийский союз учёных*. 2016;1-2(23):26-28.
49. Денисова ВВ. Формирование готовности подростков к действиям в опасных ситуациях как социально-психологическая проблема. *Общественные науки*. 2012;4:55-61.
50. Денисов АП, Кун ОА, Денисова ОА, Филиппова ЕД, Равдугина ТГ, Банюшевич ИА. Состояние здоровья детей в зависимости от условий и образа жизни семьи. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2017;10.2:236-40.
51. Дичківська ІМ. Інноваційні педагогічні технології: навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2004:352 с.
52. Дудіна ОО. Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні (Ч.1). Аналіз нормативно-правової бази, стратегій та ініціатив, які забезпечують політику здоров'я дітей і підлітків. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2007;4:32-38.
53. Дудіна ОО. Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні. (Ч.ІІ). Забезпечення принципу соціальної справедливості щодо здоров'я дітей і підлітків. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2008;2:9-16.

54. Дудіна ОО., Терещенко АВ. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014;2:49-57.
55. Дудник СВ. Стан здоров'я та деякі аспекти організації надання медичної допомоги дитячому населенню України. Україна. Здоров'я нації. 2018;1(47):26-33.
56. Духовний ЛФ. Формування культури здоров'я майбутніх електрозварювальників у процесі професійної підготовки: Автореф. дис. к.мед. наук: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Київ: Ін-т професійно-технічної освіти НАПН України, 2015:20 с.
57. Евтушенко ИИ. Формирование правовой культуры старшеклассников во внеучебной деятельности. Социально-гуманитарные знания. 2011;4:356-361.
58. Ермолаев ВГ, Тегза ВЮ, Алексеев ВН, Ермолаев АВ. Совершенствование профилактического направления в процессе организации учебного процесса. Современные проблемы науки и образования. 2008;4:67-68.
59. Єжова ОО. Здоров'язбережувальні технології у педагогічній системі формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2011;3:65-74.
60. Жилка КІ. Актуальні аспекти європейського досвіду державної політики щодо охорони здоров'я дітей. Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2013;2:131-134.
61. Жилка НЯ, Кудря АВ. Рівень задоволеності та інформованості населення щодо послуг лікаря загальної практики – сімейного лікаря (інтернетопитування). Україна. Здоров'я нації. 2015;4:66-9.
62. Загородній ВВ. Сучасні проблеми здоров'я дитячого населення шкільного віку та шляхи їх вирішення. Вісник Чернігівського НПУ. Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2015;3(129):141-144.
63. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, проведення відповідної роботи з питань запобігання дитячого травматизму 1.2» за №4004-ХІІ від 28.12.2015 р.

64. Закон України «Про основи національної безпеки України» за №964-IV від 19 червня 2003 р. (зі змінами, внесеними згідно із Законами №3200-IV від 15.12.2005р, №14, ст.116 №2411-VI від 01.07.2010р, №40, ст.527. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/964-15>.
65. Закон України «Про професійно-технічну освіту» за №103/98 ВР від 10.02.1998р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/103/98-%D0%B2%D1%80>.
66. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» за №2801 від 19.10.1992р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.
67. Закон України за №344 від 25.06.2013р. «Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>
68. Закон України за №2558 «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» [Електронний ресурс]: Міністерство молоді та спорту України– Режим доступу: <http://dsmsu.gov.ua/index/ua/material1/55>
69. Спільний Наказ МОН та МОЗ за №242/178 від 21.04.2005 р. «Про посилення роботи щодо профілактики захворюваності дітей у навчальних закладах та формуванні здорового способу життя учнівської та студентської молоді».
70. Захарченко МП. Проблемы коррекции состояния здоровья при формировании здорового образа жизни в современных условиях. Восточноевропейский журнал общественного здоровья. 2013;S:86-90.
71. Захарчук ЕВ. Психологические особенности часто травмирующихся детей. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2011;6(1):75-76.
72. Иванова СС, Григорьева ЕЛ, Реутова ОВ, Зеленова АА, Седов ИА. Проблемы реализации здоровьесформирующей технологии в поликультурном пространстве. Теория и практика физической культуры. 2016;11:44-45.

73. Іонова ОМ, Лукьянова ЮС. Здоров'язбереження особистості як психолого-педагогічна проблема. Педагогіка, психологія та медико-біологічна проблема фізичного виховання і спорту. 2009;1:69-72.
74. Исаева ГШ, Зиатдинов ВБ, Габидуллина СН. Гигиенический и микробиологический мониторинг воздушной среды в начальной школе. Здоровоохранение РФ. 2016;2:83-89.
75. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Концепції Державної соціальної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2021 року» за №230-р від 05.07.2017р.– Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/230-2017-%D1%80>.
76. Казин ЭМ, Касаткина НЭ, Руднева ЕЛ. и др. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие. Москва: Омега-Л, 2013:443 с.
77. Казин ЭМ, Працун ЭВ, Краношлыкова ОГ, Федоров АИ. Формирование здоровьесберегающей компетентности педагогов в инфраструктуре образовательных учреждений (методологические и организационно–педагогические аспекты). Валеология. 2013;3:38-44.
78. Камакина ОЮ. Социальное партнерство семьи и школы для сохранения и укрепления здоровья обучающихся. Общество: социология, психология, педагогика. 2016;1:48-49.
79. Камінська ТМ. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. Економічна теорія та право. 2015;1(20):38-50.
80. Карвасарский БД. Психотерапия: учебник. Санкт-Петербург, 2007:672с.
81. Кафидов ИН. Проблемы детского травматизма на уроках физической культуры. Физическая культура в школе. 2012;6:37-39.
82. Киселев СА. Подготовка школьников к безопасности в образовательном учреждении. Педагогика высшей школы. 2015;1-3(3):84-87.
83. Кисляков ПА, Петров СВ. Безопасность общества: инициативы и инновации. Научный поиск. 2012;1:17-20.

84. Конституція України. Відомості Верховної Ради України. 1996;30:141 [цитовано 2017 Бер 20] [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
85. Козицын ИН, Толпова РС. Пути совершенствования профилактики травматизма в школе. Молодой ученый. 2016;5(109):694-696.
86. Коломинский ЯЛ. Психология педагогического взаимодействия: Учебное пособие. Москва: Речь, 2007:240 с.
87. Корсун ГА, Полякова СВ. Основные направления профилактики дорожно-транспортного травматизма детей младшего школьного возраста в отечественной и зарубежной практике. Инновационная наука. 2016;11:102-104.
88. Корж ВП, Сорокін ВО, Башкін І.М. Соціальна роль фізичної культури і спорту в зміцненні і підтримці здоров'я населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2009;3:16-20.
89. Кострюков АВ, Касьяненко ОВ, Ершова ТН. Состояние здоровья учащихся общеобразовательных школ. Здравоохранение РФ. 2011;5:20-21.
90. Красовський КС, Григоренко АА, Андреева ТІ. Динаміка поширеності тютюнопаління серед дітей та підлітків в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2013;1(25):85-90.
91. Кудашова ЛТ. Формирование здорового образа жизни школьников. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2013;8:191-192.
92. Кузьмина ТА, Шумилова ВВ. Профилактика детского дорожно-транспортного травматизма. Система работы в образовательном учреждении. Волгоград: Учитель, 2007:163 с.
93. Куинджи НН. Гендерный подход к обучению и воспитанию детей в школе: физиологические, гигиенические и социальные аспекты. Москва: Пашков дом, 2010:40-58.
94. Кукурекин ЮВ, Савенко ЛМ, Свиридова НВ, Бушученко АН. Тревожно-депрессивные расстройства и их коррекция. Здоровье мужчины. 2011;3(38):24-26.

95. Курнишев ЮА. Педагогічні умови професійного саморозвитку майбутніх учителів фізичної культури: Автореф. дис. к. мед. наук .6 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Київ, 2017: 20 с.
96. Кучма ВР. Научные основы разработки и внедрения современных моделей охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2017;3:19-29.
97. Кучма ВР, Шубочкина ЕИ, Ибрагимова ЕМ. Гигиенические проблемы организации обучения в профильных классах колледжей. Гигиена и санитария. 2015;4:8-10.
98. Кучма ВР., Шубочкина ЕИ. Прогнозирование, каузация и технологии управления рисками здоровью обучающихся. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016;1:4-43.
99. Латишев ЄЄ, Бондарь СО. Нормативно – правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності. Сучасні медичні технології. 2015;4(27):55-60.
100. Латишев ЄЄ, Бондарь СО. Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел). Сучасні медичні технології. 2015;2-3(25-26):130-135.
101. Лехан ВМ, Слабкий ГО, Шевченко МВ. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010;1:5-23.
102. Лук'янова ЮС. Вимоги до використання здоров'язберігаючих освітніх технологій. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2009;9:76-78.
103. Людина і суспільство: Навчальний посібник. Вид. 2-ге ; За ред. проф. А. Яртися, проф. В. Мельника. Львів: Світ, 2005:447 с.
104. Маківчук В. Комплексний підхід до формування у школярів здорового способу життя. Здоров'я та фізкультура. 2007;37:3-5.
105. Маклакова ОА, Лебедева-Несевря НА, Аминова АИ. Роль здорового образа жизни и социальных факторов в формировании здоровья школьников. Здравоохранение РФ. 2011;5:22.

106. Максименко СД. Психологія в соціальній та педагогічній практиці. Київ: Наукова думка, 1999:216 с.
107. Максименко СД, Максименко КС, Папуча МВ. Психологія особистості: Підручник. Київ: ТОВ КММ, 2007:296 с.
108. Малкина-Пых ИГ. Психосоматика. Москва : Эскимо, 2008:1024 с.
109. Малюкова КР, Снегирева ВС, Малюкова НА, Стадников АВ. Правила здорового питания. ScinceTime. 2016;5(29):403-412.
110. Манаенков АМ, Кудинова ЛН. Формирование культуры безопасности жизнедеятельности. Профессиональное образование. Столица. 2013;7:38-39.
111. Марушко ЮВ, Гищак ТВ. Системні механізми адаптації. Стрес у дітей. Київ-Хмельницький: Приватна друкарня ФОП Сторожук ОВ., 2014:140 с.
112. Медведовська НВ, Пономаренко СД, Кульчицька ТК, Олексієнко ОВ. Стан здоров'я підлітків та особливості їхнього способу життя. Україна. Здоров'я нації. 2007;3-4:27-30.
113. Медведовська НВ. Сучасний стан здоров'я підлітків України. Современная педиатрия. 2010;6:14-16.
114. Медведовська НВ. Досвід регіонального запровадження функціонально-організаційної системи моніторингу здоров'я населення України. Україна. Здоров'я нації. 2011;3:59–62.
115. Медведь ЛМ, Ляхович АВ, Коломенская АН, Мирская НБ, Гутман МР. Взаимодействие семьи и школы в решении проблемы здоровьесбережения учащихся. Гигиена и санитария. 2012;1:40-44.
116. Милушкина ОЮ, Бокарева НА. Особенности формирования морфофункционального состояния современных школьников. Здравоохранение РФ. 2013;5:37-38.
117. Миронова МС, Сетко НП. Роль семьи в формировании поведенческих факторов риска среди подростков. Здравоохранение РФ. 2011;1:56-57.
118. Миргородська ГМ. Формування культури здоров'я у майбутніх кваліфікованих робітників будівельного профілю в процесі професійної

підготовки: Автореф. дис. к. мед. наук: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Київ, 2016:24 с.

119. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загальноукраїнських тенденцій. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2017;17(4):185-190.

120. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу. Професійна освіта: проблеми і перспективи. 2017;13:32-38.

121. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7:1064-1076.

122. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017;2:58-65.

123. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018;2(8):47- 53.

124. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Концептуальні підходи до створення удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму (анг. мова). *Journal of Education, Health and Sport*. 2018;8(11):540-545.

125. Михальчук ВМ, Бондарь СО. Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2019;2(10):25-31.

126. Моїсеєнко РО, Дудіна ОО, Гойда НГ. Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань у дітей в Україні за період 2011-2015 роки. *Современная педиатрия*. 2017;82(2):17-27.

127. Москаленко ВФ, Грузева ТС, Галиенко ЛІ. Воплощение стратегических направлений новой европейской политики «Здоровье – 2020» в здравоохранении Украины. *Восточноевропейский журнал общественного здоровья*. 2013;S:62-70.

128. Муравьев АВ. Культура здоровья личности как предмет структурно-функционального анализа. Научные проблемы гуманитарных исследований. 2008; 12:28-31.
129. Наказ МОН України від 06.11.2008 р. №1008 «Про невідкладні заходи щодо збереження здоров'я учнів під час проведення занять з фізичної культури, захисту Вітчизни та позакласних спортивно-масових заходів».
130. Наказ МОН України №605 від 21.07.2004 р. «Про затвердження Концепції формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді».
131. Наказ МОН та МОЗ України від 13.11.2018 р. № 1232/2067 «Про затвердження положення про особливості організації форм здобуття загальної середньої освіти в закладах охорони здоров'я»
132. Наказ МОН України №1669 від 26.12.2017 р. «Про затвердження Положення організації роботи з охорони праці та безпеки життєдіяльності учасників освітнього процесу в установах і закладах освіти».
133. Назарова СК, Сагтарова ЗР, Назарова НБ. Школьный травматизм. Интернаука. 2017;1-5:26-28.
134. Назарук ВЛ. Складові культури здоров'я в професійній діяльності майбутнього лікаря та їх характеристика. Вісник Запорізького НУ. 2017;1:177-183.
135. Науменко ЮВ. Здоровьезберегающая деятельность школы. Педагогика. 2005;6:37-44.
136. Національна стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.mon.gov.ua/images/files/news/12/05/4455.pdf>.
137. Неверо ЕГ, Богдан ЕЛ. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2010;3(64):70-72.
138. Николаева НИ, Порфирьева ТИ, Гуменюк ВИ. Неблагоприятные факторы образовательного пространства. Здравоохранение РФ. 2011;1:28-31.
139. Николаєнко В. Охорона здоров'я дітей та підлітків в Україні – проблеми, досягнення, перспективи. Укр. часопис. 2018;5(127):4-11.

140. Ничкало НГ. Українська наукова школа педагогічної майстерності – скарбниця сьогодення й майбутнього. Рідна школа. 2013;3:3-11.
141. Ноговицина ОР. Оценка эффективности системы раннего выявления и комплексной реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Здоровоохранение РФ. 2011;6:48-51.
142. Няньковский СЛ, Яцула МС, Чикайло МІ, Пасечнюк ІВ. Стан здоров'я школярів в Україні. Здоровье ребенка. 2012;40(5):109-114.
143. Оржеховська ВМ, Пилипенко ОІ. Превентивна педагогіка: Навчальний посібник. Черкаси: Чабаненко Ю., 2007:142 с.
144. Основи законодавства України про охорону здоров'я. [Електронний ресурс]. Відомості Верховної Ради України. 1993;4:19. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
145. Пастушок ГІ. Правовий менталітет як чинник формування та функціонування комунітарного права [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://xn-e1aajfpcds8ay4h.com.ua/files/image/konf%2011/doklad_11-6_03pdf
146. Письмак Л. Підліткова криза: як зарадити та допомогти. Київ, 2018. 152 с.
147. Поливанова ТВ, Манчук ВТ, Грицинская ВЛ, Кадричева СГ. Роль социально-экономического статуса семьи в формировании физического здоровья школьников. Здоровоохранение РФ. 2010;3:51-53.
148. Пономарьова ЛІ. Особливості формування здоров'я сучасних школярів на різних етапах навчання. Здоровье ребенка. 2014;53(2):35-8.
149. Пономаренко ІІІ, Коновалова ТМ. Традиции и инновации в охране здоровья детей. Здоровоохранение РФ. 2013;5:13-15.
150. Потапова ВА. Неблагоприятные психосоциальные факторы, деформирующие психическое здоровье подростков. Здоровоохранение РФ. 2011;5:24-26.
151. Приешкина АН, Жукенов СР. Профилактика детского травматизма в школе. Научно-спортивный вестник Урала и Сибири. 2016;10:55-62.

152. Проект концепції розвитку освіти в Україні на період 2015-2025 рр. [Електронний ресурс] Режим доступу http://osvita.ua/doc/files/news/435/43501/project_30102014.doc.
153. Ринда ФФ. Актуальні питання становлення системи громадського здоров'я в Україні. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):53-58.
154. Ринда ФП, Крисько МО. Впровадження політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» в державні програми з охорони здоров'я населення України. Україна. Здоров'я нації. 2012;1:90-94.
155. Рингач НО. Здоров'я учнівської молоді: соціологічний аспект. Україна. Здоров'я нації. 2011;3:18-24.
156. Рынза ОП. Распространенность школьной патологии у детей и подростков крупного промышленного центра. Здравоохранение РФ. 2011;5:68-69.
157. Романова ГМ. Теорія і практика підготовки викладачів вищих економічних навчальних закладів до проектування навчальних технологій: Автореф. дис. д. пед. наук: 13.00.04. Київ: НЕУ ім. Вадима Гетьмана, 2012:36с.
158. Рубанович ВБ, Айзман РИ. Основы здорового образа жизни: Учебное пособие. Новосибирск: АРТА, 2011:256 с.
159. Руденко ВВ. Зарубежный опыт обеспечения безопасности образовательных учреждений. Технологическое образование. 2015;4:15-21.
160. Рябова ИВ, Соболевская ТА, Зверев ОМ, Нежкина НН. Правовые аспекты оказания первой помощи учителем в школе [Электронный ресурс] Научный поиск. 2017;3:62-65. <https://elibrary.ru/item.asp?id=30054270>
161. Савінова КБ. Здоров'язберігаючі технології як фактор збереження здоров'я школярів. Південноукр. мед. науковий журнал. 2016;16:80-83.
162. Сафонкина СГ, Молдованов ВВ. Эффективность выявления нарушений требований санитарных правил и профилактика травматизма в образовательных организациях для детей и подростков. Здоровье населения и среда обитания. 2016;8(281):50-52.
163. Свінціцький АС. Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки. Практикуючий лікар. 2013;2:7-13.

164. Свистун ВІ, Ягупов ВВ. Методологічний аналіз проблеми професійного розвитку фахівців. Науковий вісник нац. аграрного ун-ту. 2008;130:37-45.
165. Сиско НМ. Психологічна профілактика наркотичної залежності учнів професійно-технічних навчальних закладів: навчально-методичний посібник. Хмельницький, 2015:162 с.
166. Семиченко ВА. Психические состояния: Модульный курс для преподавателей и студентов. Київ: Магістр-S, 1998:208 с.
167. Сёмушкина ИВ, Жукова ВВ, Жеглова АВ, Баркова ЛВ. Влияние факторов среды обитания на здоровье детского населения региона. Здравоохранение РФ. 2011;5:27-29.
168. Синягина НЮ, Богачева ТЮ. Ценность здоровья: диагностика и технологии формирования. Библиотечка для учреждений доп. образования детей. 2011;1:3-120.
169. Скаряднова ИВ. Разработка и реализация модульных подпрограмм, направленных на формирование культуры здорового и безопасного образа жизни младших школьников. Региональное образование XXI века: проблемы и перспективы. 2012;1:33-36.
170. Слабкий ГА, Пархоменко ГЯ. Международные подходы к развитию общественного здравоохранения. Україна. Здоров'я нації. 2012;2(21):7-14.
171. Слабкий ГО, Бухановська ТМ. Збереження здоров'я підростаючого покоління на етапі реформування системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. 2014;2:23-8. doi: <https://doi.org/10.11603/1681-2786>. 2014.2.3366
172. Соколова СБ. Европейские школьные службы здравоохранения. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016;1:53-60.
173. Соснина СФ. Медико-социальные аспекты здоровья девочек подросткового возраста. Здравоохранение РФ. 2011;3:43-46.
174. Спиричев ВБ. Витамины и обогащенные ими продукты в питании и поддержании здоровья современного человека. Вопросы диетологии. 2012;2:31-34.

175. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від 22 лип. 1946р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_599.
176. Степанова МИ, Сазанюк ЗИ, Воронова БЗ, Александрова ИЭ. и др. Здоровьесберегающий потенциал школы полного дня. Здоровье и окружающая среда. 2009;14:614-620.
177. Суржок ГМ. Мотивування учнів до активної навчально-пізнавальної діяльності, спрямованої на формування основ здорового способу життя. IV Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання: збірник наук. праць. Київ, 2015:108-205.
178. Сущенко ЛП. Здоровий спосіб життя людини. Запоріжжя: Запорізький ДУ, 1999:324 с.
179. Сучасні технології збереження здоров'я учнів: кращий досвід: метод. рекомендації. Авт. кол.; уклад. А.Г. Обуховська, І.І. Цушко. Київ: Укр. НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2015:221 с.
180. Теппер ЕА, Таранушенко ТЕ. Анализ сосояния здоровья школьников, начавших обучаться в школе в разном возрасте. Здравоохранение РФ. 2013;3:42-50.
181. Тимофеев ВВ, Бондаренко АВ. Эпидемиологические аспекты политравмы в крупном городе. Политравма. 2012;4:5-8.
182. Тихомирова НФ. Как уберечься от травм. ОБЖ. Основы безопасности жизни. 2014;1: 44-51.
183. Третьякова ОС, Сухарева ИА, Василенко СА. Заболеваемость детей АР Крым: реалии сегодняшнего дня. Медицина сьогодні і завтра. 2013;4(61):171-174.
184. Ушаков ЕС. Безопасность человека – приоритетная задача государства и общества. Безопасность Евразии. 2006;1:555-562.
185. Федина ИН, Гребенникова ВА, Бурдина ЕВ. Гигиеническое обоснование мероприятий по профилактике остеопенических состояний у школьников. Здравоохранение РФ. 2016;60(2):89-93.

186. Федорович АВ. Формирование приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей школьников. *Здравоохранение РФ*. 2011;5:31-33.
187. Федорчук В. Комуникативна компетентність педагога: соціально-психологічний тренінг. Київ: Шкільний світ, 2007:128с.
188. Храпцов ПИ, Седова АС, Березина НО, др. Профилактика травматизма в образовательных организациях. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2017;2:46-59.
189. Хренова АЮ. Организация воспитательной работы в современной общеобразовательной школе. *Научный поиск*. 2014;2(8):60-61.
190. Цыцоев ВБ. Здоровьесберегающие технологии на уроках информатики на средней и старшей ступени обучения. *Педагогическое мастерство и педагогические технологии*. 2017;1(11):172-173.
191. Чагаева НВ, Попова ИВ, Токарев АН, Кашин АВ, Петров БА. Сравнительная характеристика физического развития детей школьного возраста. *Здравоохранение РФ*. 2010;6:45-47.
192. Чепелевська ЛА, Мойсеєнко РО, Любінець ОВ. та ін. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України: анал.-стат, посібник. Київ, 2012:165 с.
193. Шамова ТИ. Управление образовательными системами: Учебное пособие для студентов ВУЗов. Москва: АСАДЕМІА, 2002:384 с.
194. Шульга В. Корекція вчинків підлітка: Тренінг. Київ:Шкільний світ, 2007:112с.
195. Шумских ДС, Рахманов РС. Оценка успеваемости лиц организованного коллектива с различным типом нервной системы. *Здравоохранение РФ*. 2013;5:36-38.
196. Ягупов ВВ. Суб'єктивність як основна детермінанта неперервної професійної освіти людини. *Проблеми освіти: науковий методичний збірник*; гол. ред. ВГ.Кремень; Наук.-метод. центр вищої освіти. Київ, 2007;27:160-170.
197. Acosta JD, Whitley MD, May L, Wlliams MV, et al. Stakeholder perspectives on a culture of health: Key findings [Electronic research]. Santa Monica, Calif.: RAND

- Corporation, 2016. Access mode: http://www.Rand.org/pubs/research_reports/RR1274.html (date of access 22.10.16). Titlescreen.
198. Allensworth DD. Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept. Allensworth DD., Kolbe LJ., J. Sch. Health. 1987;57(10): 409–411.
199. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.-U. et al. Costs of disorders of the brain in Europe - Europ. J. Neurol. 2005;12 (suppl. 1):1–24.
200. Balan B, Lingam L. Unintentional injuries among children in resource poor settings: where do the fingers point Arch Dis Child. 2012;97(1):35-89.
201. Barnes MP. Principles of neurological rehabilitation - J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2003;74:3–7.
202. Bedworth Albert E. The Profession and Practice of Health Education Bedworth Albert E., Bedworth David A. Dubuque: Wm. C. Brown Publishers, 1992:472 p.
203. Bircher J. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. J.Bircher, S. Kuruvilla. Journal of Public Health Policy.2014;35:363–386.
204. Bolog I. E. The concept of health and the role of health education. J. Sch. Hlth. 1981:Vol. 51(8. P): 461–462.
205. Bohn A, Van Aken H, Lukas RP, Weber T, Breckwoldt J. Schoolchildren as lifesavers in Europe – Training in cardiopulmonary resuscitation for children. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. 2013;27(3):387-396.
206. Carey P. Cancer education and the primary school teacher in England and Wales. I. Cancer–Educ. 1995;10(1): 48–52.
207. Chinapaw M, Altenburg T, Brug J. Sedentary behaviour and health in children—evaluating the evidence. Prev Med. 2015;70:1-2.
208. Christian H, Zubrick SR, Foster S, Giles-Corti B, Bull F, Wood L, Boruff B. The influence of the neighborhood physical environment on early health and development: A review and call for research. Health & Place. 2015;33:25-36.
209. Clausson EK. School health nursing. Perceiving, recording and improving 181 schoolchildren’s health. Goteborg: The Nordic School of Public Health, 2008;94 p.

210. Graham, George Children moving: a reflective approach to teaching physical education. George Graham, Shirley Ann Holt/Hale, Melissa Parker. 5 th ed. Mayfield Publishing Company, 2001; 540 p.
211. Global health 2035: a world converging within a generation / D.Jamison, L.Summers, G. Alleyne [et al.] The Lancet.2013;382:1898–1955.
212. Gozhenko A, Biryukov V, Gozhenko O, Zukow W. Health as a space-time continuum. Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(11):763-777.
213. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: A systematic review: Clin. Rehabil. 2006;20 (9):756–772
214. Ilhan N, Batmaz M, Akhan L. Healthy Lifestyle Behaviors of University Students. Nursing Science and Art. Ilhan, 2010;3(3):34-44.
215. Kaplan D. A comparison study of an elementary school–based health center: effects on health care access and use. Kaplan D, Brindis C, Phibbs S, Melinkovich P, Ahlstrand K. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 1999;153(3):235–243.
216. Kaplan D. Managed care and school–based health centers. Use of health services, Kaplan D, Calonge B, et al. Arch Pediatric Addles Med, 1998;152(1):25–33.
217. Millennium Development Goals Report 2015.– New Work: United Nations, 2015
218. Models of Health Promoting Schools in Europe. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002, 85 с.
219. Olesen J, Baker M, Freud T. et al. Consensus document on European brain research. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2006;77(I):11– 49.
220. Principles and Practices of Student Health. V.2.[Wallace H, Patrik K, Parcel G, Igoe J.]. School Health. – Oakland Calif Tihrd Party Publishing Company, 1992.
221. Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework.Clin. Rehabil, 2011;25(5):468–482.
222. The Global Strategy on Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030) [Electronic resource]. – New Work: United Nation. 2015; Access mode<https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC>.

223. The health of the people: what works: health through the life course. – Geneva: WHO, 2014.
224. Tones K. The Power to Choose: Health Education and the New Health, Health Education Unit, Leeds Politechnic. K. Tones. UK, 1990;11-14.
225. Von Ah D, Ebert S, Ngamvitro A, Park N. Predictors of health behaviors in college students. *Adv Nurs DH. Kang.* 2004;48(5):63-74.
226. Wanless D. Securing good health for the whole population. Final report. London, HM Treasury, 2004. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm
227. Zaybak A, Fadiloglu C. Determining of the health promotion behaviors of university students and the factors affecting these behaviors. *Ege University Journal of Nursing*, 2004;20 (1):77-95.

ДОДАТКИ

Додаток А-1

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. **Бондарь СО.** Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї. *Wiadomości Lekarskie.* 2018;LXXI(3):508-513.
2. **Бондарь СО.** Види та структура локалізації травм як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму. Україна: *Здоров'я нації:* 2018;2(49):9-16.
3. **Бондарь СО.** Шкільний травматизм: особливості, тенденції. *Професійна освіта: проблеми і перспективи.* 2018;14:49-54.
4. Михальчук ВМ, **Бондарь СО.** Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу. *Професійна освіта: проблеми і перспективи.* 2017;13:32-38 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
5. Михальчук ВМ, **Бондарь СО.** Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально-українських тенденцій. *Актуальні проблеми сучасної медицини.* 2017;17(4(60)):185-190.*(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
6. Михальчук ВМ, **Бондарь СО.** Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням. *Sournal of Education, Health and Sport.* 2017;7:1064-76. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
7. Михальчук ВМ, **Бондарь СО.** Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики. *Економіка і право охорони здоров'я.* 2017;2(6):58-65. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

8. Михальчук ВМ, **Бондарь СО.** Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):47-53. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
9. Михальчук ВМ, **БондарьСО.** Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму. Економіка і право охорони здоров'я. 2019;2(10):25-31 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*
10. Mikhalchuk VM, **Bondar CO.** Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism. Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(11):540-545. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:

1. **Бондарь СО.** Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму. В: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Полтавські дні громадського здоров'я; 2018 Трав 24-25;Полтава. Полтава: Техсервіс; 2018, с.48-50.
2. **Бондарь СО.** Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді: В: Матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи; 2018 Жовт 20-26; Житомир. Житомир; 2018, с.244-246
3. Михальчук ВМ, НестерецьОЛ, **Бондарь СО.** Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України. В: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва; 2017 Лист 15-17; Жешув (Польща).с.98-99 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

1. Латишев ЄЄ, **Бондарь СО**. Нормативно – правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності. Сучасні медичні технології. 2015;4(27):55-60 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.
2. Латишев ЄЄ, **Бондарь СО**. Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел). Сучасні медичні технології. 2015;2-3(25-26):130-135 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.
3. Латишев ЄЄ, **Бондарь СО**. Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я. В: Матеріали щоріч. Всеукр. наук.-прак. конф. за міжнар. участю Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні; 2016 Берез 23; Київ. Київ; 2016, с.101-103 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації)*.

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва» (Жешув, 2017; форма участі – усна доповідь та публікація тез).
2. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (Полтава, 2018; форма участі – усна доповідь та публікація тез).
3. I Всеукраїнська науково-практична конференція «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (Житомир, 2018; форма участі - усна доповідь та публікація тез).
4. Обласний педагогічний форум, присвячений розбудові Нової української школи (м. Новоукраїнка Кіровоградської обл., 2018; форма участі - усна доповідь).
5. I Всеукраїнська науково-практична конференція «Здоров'я і суспільство» (м. Кропивницький, 2019; форма участі – усна доповідь).
6. X Науково-практична конференція з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (м. Житомир, 2019; форма участі - усна доповідь).
7. Засідання робочої підгрупи з розробки профільних програм в освітніх навчальних закладах при ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (Київ, 2019; форма участі - усна доповідь).

АНКЕТА
ГОТОВНІСТЬ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ДО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ
ПОВЕДІНКИ
(власна методика)

Шановні школярі!

Звертаємося до Вас з проханням приділити час та надати відповіді на декілька питань нашої анкети.

При наданні відповідей на питання анкети помічайте відповіді, які на Вашу думку притаманні Вам найбільше. У разі відсутності у запропонованих відповідях Ви не знайшли необхідної, запишіть власну думку у вільний рядок.

Анкетування є анонімним.

Заздалегідь дякуємо за допомогу!

1.Твій вік:

- 6 років
- 7 років
- 8 років
- 9 років
- 10 років
- Інший вік

2.Клас, в якому ти навчаєшся:

- перший
- другий
- третій
- четвертий

3.Стать:

- чоловіча
- жіноча

4.Чи були в тебе травми під час знаходження в школі або по дорозі до неї чи з неї?

- так
- ні
-

Якщо ти відповів «так», надай, будь ласка, відповіді на наступні питання 5 і 6, якщо ти відповів «ні», переходь до питання 7

5.Які це травми?

- забій
- поріз
- опік
- вивих
- поламана кінцівка
- інше

6.Де та в яких ситуаціях виникали травми?

- по дорозі в школу чи зі школи
- на перерві
- на уроці в класі
- на шкільному подвір'ї
- у спортивному залі
- в їдальні
- під час конфлікту
- інше

7. Звідки ти дізнаєшся про те, як запобігти травматизму в школі?

- від вчителів
- від лікарів і медичних працівників
- від батьків, родичів
- від однокласників

- з телебачення і радіо
- з газет і журналів
- з Інтернету
- інше
- не знаю

8.Бажаю дізнатися (більше) правил безпечної поведінки, щодо уникнення травм:

- так
- ні

9.Зручні бажані джерела інформації

- від вчителів
- від лікарів і медичних працівників
- від батьків, родичів
- від однокласників
- з телебачення і радіо
- з газет і журналів
- з Інтернету
- інше
- не знаю

10.Оціни подані в таблиці твердження стосовно себе, постав «+» у відповідній клітинці

<i>Твердження</i>	<i>Варіанти відповідей</i>			
	Дуже сильно	Значно	Частково	Ні
хочу бути здоровим				
вважаю, що треба свідомо запобігати травм, бути для цього відповідальним і обережним				
знаходячись у школі, часто відчуваю тривогу				
уважний і зосереджений на уроках, доводжу виконання завдань до кінця				
знаю і можу назвати правила дорожнього руху				
знаю і можу назвати правила безпечної поведінки в школі (на перерві, на уроках трудового навчання, на шкільному подвір'ї, у спортзалі тощо)				
дотримуюсь правил дорожнього руху				
дотримуюсь правил безпечної поведінки в школі (на перерві, на уроках трудового навчання, на шкільному подвір'ї, у спортзалі тощо)				

Дякуємо за допомогу!

АНКЕТА
ГОТОВНІСТЬ УЧНІВ ДО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
(власна методика)

Шановні школярі!

Звертаємося до Вас з проханням приділити час та надати відповіді на декілька питань нашої анкети.

При наданні відповідей на питання анкети помічайте відповіді, які на Вашу думку притаманні Вам найбільше. У разі відсутності у запропонованих відповідях Ви не знайшли необхідної, запишіть власну думку у вільний рядок.

Анкетування є анонімним.

Заздалегідь дякуємо за допомогу!

1. Ваш вік:

- 11 років
- 12 років
- 13 років
- 14 років
- 15 років
- 16 років
- 17 років
- 18 років
- Інший

2. Клас, в якому Ви навчаєтесь:

- п'ятий
- шостий
- сьомий
- восьмий
- дев'ятий
- десятий

- одинадцятий

3. Стать:

- чоловіча
- жіноча

4. Чи були у Вас випадки отримання травм під час знаходження в школі або по дорозі до неї чи з неї?

- так
- ні

Якщо Ви відповіли «так», надайте, будь ласка, відповіді на наступні запитання 5 і 6, якщо Ви відповіли «ні», переходьте до питання 7

5. Які це травми?

- забій
- поріз
- опік
- вивих
- поламана кінцівка
- інше

6. Де та в яких ситуаціях виникали травми?

- по дорозі в школу чи зі школи
- на перерві
- на уроці в класі
- на шкільному подвір'ї
- у спортивному залі
- в їдальні
- під час конфлікту
- інше

7. Звідки Ви дізнаєтеся про те, як запобігти травматизму в школі?

- від вчителів
- від лікарів і медичних працівників
- від батьків

- від однокласників
- з телебачення і радіо
- з газет і журналів
- з Інтернету
- інше
- не знаю

8.Бажаю дізнатися (більше) правил безпечної поведінки, щодо уникнення травм:

- так
- ні

9. Зручні бажані джерела інформації

- від вчителів
- від лікарів і медичних працівників
- від батьків, родичів
- від однокласників
- з телебачення і радіо
- з газет і журналів
- з Інтернету
- інше
- не знаю

10.Вважаю потрібним отримання знань щодо здоров'я зберігаючи принципів, основ профілактики та практичних навичок:

- так
- ні

11. Бажаю приймати активну участь в проведенні заходів по пропаганді та освоєнню навичок збереження здоров'я та упередження травматизму:

- так
- ні

12. Оцініть подані в таблиці твердження стосовно себе, поставте «+» у відповідній клітинці

<i>Твердження</i>	<i>Варіанти відповідей</i>			
	Дуже сильно	Значно	Частково	Ні
хочу бути здоровим				
прагну до безпеки дома, на вулиці, в школі				
хочу розвиватися фізично і розумово, щоб стати успішною людиною				
прагну до здорового способу життя				
вважаю, що треба свідомо запобігати травм, бути для цього відповідальним і обережним				
знаходячись у школі, часто відчуваю тривогу				
завжди доводжу виконання завдань до кінця				

вважаю себе рішучою, наполегливою людиною				
зберігаю спокій в складних ситуаціях				
знаю і можу назвати правила дорожнього руху				
знаю і можу назвати правила безпечної поведінки на перервах				
знаю і можу назвати правила безпечної поведінки на уроках з різних предметів (фізики, хімії, технологій тощо)				
знаю і можу назвати правила безпечної поведінки на шкільному подвір'ї				
знаю і можу назвати правила безпечної поведінки у спортивному залі				
знаю і можу назвати правила безпечної поведінки в їдальні				
знаю і можу назвати правила безпечної поведінки в конфліктних ситуаціях				
дотримуюсь правил дорожнього руху				
дотримуюсь правил безпечної поведінки на перервах				
дотримуюсь правил безпечної поведінки на уроках з різних предметів (фізики, хімії, технологій тощо)				
дотримуюсь правил безпечної поведінки на шкільному подвір'ї				
дотримуюсь правил безпечної поведінки у спортивному залі				
дотримуюсь правил безпечної поведінки в їдальні				
дотримуюсь правил безпечної поведінки в конфліктних ситуаціях				
веду здоровий спосіб життя				

Дякуємо за допомогу

АНКЕТА
ГОТОВНІСТЬ ВЧИТЕЛІВ ДО ПРОФІЛАКТИКИ
ШКІЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМУ
У ДІТЕЙ
(власна методика)

Шановні вчителі!

Звертаємося до Вас з проханням приділити час та надати відповіді на декілька питань нашої анкети.

При наданні відповідей на питання анкети помічайте відповіді, які на Вашу думку притаманні Вам найбільше. У разі відсутності у запропонованих відповідях Ви не знайшли необхідної, запишіть власну думку у вільний рядок.

Анкетування є анонімним.

Заздалегідь дякуємо за допомогу!

1. Ваш вік:

- до 30 років
- 30-39 років
- 40-49 років
- старше 50 років

2. Ваша стать:

- чоловіча
- жіноча

3. Ви викладаєте

- у молодшій школі (1-4 класи)
- в основній школі (5-9 класи)
- у старшій школі (10-11 класи)

4. Стаж роботи:

- 0-3 роки
- 4-10 років
- 11-20 років
- понад 20 років

5. Ви викладаєте предмети і курси:

- суспільствознавчі
- мова і література
- культурознавчі
- природознавчі
- математичні
- фізична культура і здоров'я
- технології
- інші _____

6. Чи були з Вашими учнями випадки отримання травм під час знаходження в школі або по дорозі до неї чи з неї?

- так
- ні

Якщо Ви відповіли «так», надайте, будь ласка, відповіді на наступні запитання 7 і 8, якщо Ви відповіли «ні», переходьте до питання 9

7. Які це травми?

- забій
- поріз
- опік
- вивих
- поламана кінцівка
- інше _____

8. Де та в яких ситуаціях виникали травми?

1. по дорозі в школу чи зі школи
2. на перерві
3. на уроці в класі
4. на шкільному подвір'ї
5. у спортивному залі
6. в їдальні
7. під час конфлікту
8. інше _____

9.3 яких джерел інформації Ви дізнаєтеся про те, як уникати, попередити шкільний травматизм?

- від колег
- від лікарів і медичних робітників
- від інших батьків
- з телебачення і радіо
- з газет і журналів
- з Інтернету
- інше _____
- не знаю

10. Бажаємо мати достовірну інформацію (більш деталізовану) щодо профілактики шкільного травматизму з наступних джерел:

- від колег
- від медичних працівників
- з телебачення, радіо
- з журналів та газет
- з Інтернету
- спеціальних тренінгових занять з теоретичною та практичною підготовкою

11. Вважаю необхідним проведення системних, комплексних заходів з профілактики шкільного травматизму на основі розробки відповідних програм:

- так
- ні

12. Вважаю за потрібне залучати до планування та реалізації профілактичних заходів з травматизму:

- поліцейських
- психологів
- студентів мед. коледжів
- учнів старших класів

13. Необхідно модернізувати форми доведення принципів здорового способу життя, профілактичних заходів, використовувати засоби інформації, проводити «Дні безпеки», «Дні здоров'я» для учнів:

- так
- ні

14.Оцініть подані в таблиці твердження стосовно себе, поставте «+» у відповідній клітинці

<i>Твердження</i>	<i>Варіанти відповідей</i>			
	Дуже сильно	Значно	Частково	Ні
прагну впливати на те, щоб мої учні були здорові				
вважаю, що вчителі мають свідомо брати участь у профілактиці шкільного травматизму				
часто переживаю і сприймаю все близько до серця				
доводжу виконання справ до кінця				
знаю і можу пояснити, як спланувати профілактичну роботу з учнями				
знаю і можу пояснити, як мотивувати учнів до дотримання правил безпечної поведінки в школі				
знаю і можу пояснити, як наповнити зміст навчальних предметів знаннями та вміннями з профілактики шкільного травматизму				
знаю і можу пояснити, які методи і форми доцільно застосовувати для профілактики шкільного травматизму				
знаю і можу пояснити, як перевірити результативність профілактичної роботи з учнями				
планую профілактичну роботу з учнями				
мотивую учнів до дотримання правил безпечної поведінки в школі				
наповнюю зміст навчальних предметів знаннями та вміннями з профілактики шкільного травматизму				
застосовую ефективні методи і форми профілактики в учнів шкільного травматизму				
здійснюю контроль результативності профілактичної роботи з учнями				

Дякуємо за допомогу

АНКЕТА
ГОТОВНІСТЬ БАТЬКІВ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ШКІЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМУ У ДІТЕЙ
(власна методика)

Шановні батьки!

Звертаємося до Вас з проханням приділити час та надати відповіді на декілька питань нашої анкети.

При наданні відповідей на питання анкети помічайте відповіді, які на Вашу думку притаманні Вам найбільше. У разі відсутності у запропонованих відповідях Ви не знайшли необхідної, запишіть власну думку у вільний рядок.

Анкетування є анонімним.

Заздалегідь дякуємо за допомогу

1. Ваш вік

- до 30 років
- 30-39 років
- 40-49 років
- старше 50 років

2. Сім'я повноцінна

- так
- ні

3. Ваша стать:

- чоловіча батько
- жіноча мати

4. Ваша дитина навчається

- у молодшій школі (1-4 класи)
- в основній школі (5-9 класи)
- у старшій школі (10-11 класи)

5. Скільки дітей в родині:

- одна
- дві
- три
- більше

6. Стать дитини:

- чоловіча
- жіноча

7. Чи були з Вашою дитиною випадки отримання травм під час знаходження в школі або по дорозі до неї чи з неї?

- так
- ні

Якщо Ви відповіли «так», надайте, будь ласка, відповіді на наступні запитання 8 і 9, якщо Ви відповіли «ні», переходьте до питання 10

8. Які це травми?

- забій
- поріз
- опік

- вивих
 поламана кінцівка
 інше _____

9. Де та в яких ситуаціях виникали травми?

- по дорозі в школу чи зі школи
 на перерві
 на уроці в класі
 на шкільному подвір'ї
 у спортивному залі
 в їдальні
 під час конфлікту
 інше _____

10. З яких джерел інформації Ви дізнаєтеся про те, як уникати, попередити шкільний травматизм?

- від вчителів
 від лікарів і медичних робітників
 від інших батьків, від рідних та близьких
 з телебачення і радіо
 з газет і журналів
 з Інтернету
 інше _____
 не знаю

11. Бажаємо мати достовірну інформацію (більш деталізовану) щодо профілактики шкільного травматизму з наступних джерел:

- від вчителів
 від медичних працівників
 з телебачення, радіо
 з журналів та газет
 з Інтернету
 спеціальних тренінгових занять з теоретичною та практичною підготовкою

12. Оцініть подані в таблиці твердження стосовно себе, поставте «+» у відповідній клітинці

<i>Твердження</i>	<i>Варіанти відповідей</i>			
	<i>Дуже сильно</i>	<i>Значно</i>	<i>Частково</i>	<i>Ні</i>
прагну впливати на те, щоб моя дитина була здоровою				
вважаю, що батьки мають свідомо брати участь у профілактиці шкільного травматизму				
часто переживаю і сприймаю все близько до серця				
доводжу виконання справ до кінця				
знаю і можу пояснити, як навчити дитину правил дорожнього руху				
знаю і можу пояснити, як здійснювати профілактику шкільного травматизму у дитини				
навчаю дитину правил дорожнього руху				
Проводжу бесіди з профілактики шкільного травматизму зі своєю дитиною				

Дякуємо за допомогу

АНКЕТА

**Результати діагностики культури здоров'я учнів після впровадження
удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму**

(за Г.Миргородською) [118]

(модифікована)

Просимо заповнити анкету, в зручній для Вас формі помічаєте варіант відповіді. У своїх відповідях врахуйте рівень сформованості до та після впровадження моделі профілактики шкільного травматизму. Вкажіть, будь ласка, наступні дані:

Вік: 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

Клас: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 коледж

Стать: чоловіча жіноча

***Рівні сформованості мотиваційно-особистісної компоненти
культури здоров'я***

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Емоційно-позитивне ставлення до свого здоров'я, природи, суспільства						
Мотивація щодо збереження й зміцнення здоров'я						
Усвідомлення відповідальності за власне та здоров'я оточуючих						
Потреба у формуванні культури здоров'я						

Рівні сформованості когнітивного компоненту культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Поінформованість у галузі здоров'язбереження						
Знання в галузі зміцнення здоров'я						
Обізнаність з правилами збереження здоров'я						
Бажання дотримуватись здорового способу життя						

Рівні сформованості діяльнісного компонента культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Уміння й навички дотримання норм і цінностей здорового способу життя						
Практичне втілення потреби піклуватися про власне здоров'я						
Оволодіння оздоровчими технологіями						
Відповідність дій та вчинків вимогам здорового способу життя						

Рівень самооцінки вольової якості (поставте «+» у відповідній клітинці)

Вольові якості	Рівень сформованості					
	високий		середній		низький	
	до	після	до	після	до	після
цілеспрямованість						
відповідальність						
самодисципліна						
активність						
практичне втілення потреби піклуватися про власне здоров'я						
оволодіння оздоровчими технологіями						
відповідність дій та вчинків вимогам здорового способу життя						

Дякуємо за допомогу

АНКЕТА

Результати діагностики культури здоров'я батьків після впровадження удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів.

(за Г. Миргородською [118])

(модифікована)

Просимо заповнити анкету, в зручній для Вас формі помічаєте варіант відповіді. У своїх відповідях врахуйте рівень сформованості **до** та **після** впровадження моделі профілактики шкільного травматизму. Вкажіть, будь ласка, наступні дані:

1. Ваш вік:

- до 30 років
- 30-39 років
- 40-49 років
- старше 50 років

2. Ваша стать:

- чоловіча батько
- жіноча мати

3. Ваша дитина навчається

- у молодшій школі (1-4 класи)
- в основній школі (5-9 класи)
- у старшій школі (10-11 класи)

Рівні сформованості мотиваційно-особистісного компонента культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Емоційно-позитивне ставлення до свого здоров'я, природи, суспільства						
Мотивація на збереження й зміцнення здоров'я						
Усвідомлення відповідальності за власне здоров'я та здоров'я оточуючих						
Потреба у формуванні культури здоров'я						

Рівні сформованості когнітивного компонента культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Інформованість у галузі здоров'язбереження						
Знання в галузі зміцнення здоров'я						
Обізнаність з правилами збереження здоров'я						
Бажання дотримуватись здорового способу життя						

Рівні сформованості діяльнісного компонента культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Уміння й навички дотримання норм і цінностей здорового способу життя						

Рівень самооцінки вольової якості (поставте «+» у відповідній клітинці)

Вольові якості	Рівень сформованості					
	високий		середній		низький	
	до	після	до	після	до	після
цілеспрямованість						
відповідальність						
самодисципліна						
активність						

Дякуємо за допомогу

АНКЕТА

**Результати діагностики культури здоров'я вчителів після впровадження
удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів.**

(за Г.Н.Миргородською) [118]

(модифікована)

Просимо заповнити анкету, в зручній для Вас формі помічаєте варіант відповіді. У своїх відповідях врахуйте рівень сформованості **до** та **після** впровадження моделі профілактики шкільного травматизму. Вкажіть, будь ласка, наступні дані:

1.Ваш вік:

- до 30 років
- 30-39 років
- 40-49 років
- старше 50 років

2.Ваша стать:

- чоловіча батько
- жіноча мати

3.Ви викладаєте

- у молодшій школі (1-4 класи)
- в основній школі (5-9 класи)
- у старшій школі (10-11 класи)

4. Стаж роботи

- 0-3 роки
- 4-10 років
- 11-12 років
- Понад 20 років

Рівні сформованості мотиваційно-особистісного компонента культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Емоційно-позитивне ставлення до свого здоров'я, природи, суспільства						
Мотивація на збереження й зміцнення здоров'я						
Усвідомлення відповідальності за власне здоров'я та здоров'я оточуючих						
Потреба у формуванні культури здоров'я						

Рівні сформованості когнітивного компонента культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Інформованість у галузі здоров'язбереження						
Знання в галузі зміцнення здоров'я						
Обізнаність з правилами збереження здоров'я						
Бажання дотримуватись здорового способу життя						

Рівні сформованості діяльнісного компонента культури здоров'я

Назва показника	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	до	після	до	після	до	після
Уміння й навички дотримання норм і цінностей здорового способу життя						
Практичне втілення потреби піклуватися про власне здоров'я						
Оволодіння оздоровчими технологіями						
Відповідність дій та вчинків вимогам здорового способу життя						

Рівень самооцінки вольової якості (поставте «+» у відповідній клітинці)

Вольові якості	Рівень сформованості					
	високий		середній		низький	
	до	після	до	після	до	після
цілеспрямованість						
відповідальність						
самодисципліна						
активність						

Дякуємо за допомогу!

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ БЛАНК МЕТОДИКИ

ДОСЛІДЖЕННЯ ВОЛЬОВОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ
А. ЗВЕРЬКОВА ТА Є. ЕЙДМАНА

Дата проведення дослідження _____ р.

Навчальний заклад _____

Вік _____ Стать _____

Інструкція. Тест включає 30 тверджень. Уважно прочитайте кожне з них та вирішіть, наскільки воно характеризує Вас. Якщо правильно характеризує, то на бланку для відповідей проти номера даного твердження поставте знак (+) (плюс), якщо вважаєте, що неправильно, то знак (-) (мінус).

№	Тестовий матеріал	+	-
1.	Якщо в мене щось не виходить, то нерідко виникає бажання покинути цю справу.		
2.	Я не відмовляюся від своїх задумів і справ, навіть якщо доводиться вибирати між ними та приємною компанією.		
3.	За необхідності мені неважко стримати спалах гніву.		
4.	Звичайно я зберігаю спокій, чекаючи товариша, який спізнюється на призначений час.		
5.	Мене важко відірвати від розпочатої роботи.		
6.	Мене дуже вибиває з колії фізичний біль.		
7.	Я завжди намагаюся вислухати співрозмовника, не перебиваю, навіть якщо не терпиться йому заперечити.		
8.	Я завжди відстоюю свою позицію у розмові.		
9.	Якщо треба, я можу не спати кілька ночей (наприклад, підготовка до контрольної роботи, екзамену) і весь наступний день бути «в гарній формі».		
10.	Мої плани занадто часто перекреслюються зовнішніми обставинами.		
11.	Я не вважаю себе терплячою людиною.		
12.	Не так просто мені примусити себе байдуже спостерігати хвилююче видовище.		
13.	Мені рідко вдається примусити себе продовжувати роботу після серії прикрих невдач.		
14.	Якщо я ставлюся до когось погано, мені важко приховати зневагу до нього.		
15.	За потреби я можу займатися своєю справою в незручних та в не пристосованих до цього умовах.		
16.	Мені дуже ускладнює роботу необхідність того, що її необхідно виконати в точно визначений термін.		

17.	Я вважаю себе рішучою людиною.		
18.	З фізичною втомою я справляюся значно краще, ніж інші.		
19.	Краще зачекати ліфт, ніж підійматися сходами.		
20.	Зіпсувати мені настрій не так просто.		
21.	Інколи якась дрібниця охоплює мої думки, не дає спокою, і я не можу її позбутися.		
22.	Мені важче, ніж іншим зосередитися на завданні чи на роботі.		
23.	Сперечатися зі мною важко.		
24.	Я завжди прагну довести розпочату справу до кінця.		
25.	Мене легко відвернути від справ.		
26.	Я іноді помічаю, що намагаюся домогтися свого всупереч об'єктивним обставинам.		
27.	Люди іноді заздять моєму терпінню та допитливості.		
28.	Мені важко зберегти спокій у стресовій ситуації.		
29.	Я помічаю, що під час одноманітної роботи мимоволі починаю змінювати спосіб дії, навіть якщо це інколи призводить до погіршення результатів.		
30.	Мене, як правило, дратує, коли "перед носом" зачиняються двері транспорту або ліфта, що від'їжджають.		

Дякуємо за допомогу

Додаток Д

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ БЛАНК ОПИТУВАННЯ ЗА МЕТОДИКОЮ О.КОНДАША

Дата проведення дослідження _____ р.

Навчальний заклад _____

Вік _____ Стать _____

Інструкція. У таблиці подані ситуації, з якими ви часто зустрічаєтесь у житті. Деякі з них можуть бути для вас неприємними, викликати хвилювання, страх, неспокій. Уважно прочитайте кожен пропозицію та обведіть кружечком одну з цифр справа; 1,2,3,4.

Якщо ситуація абсолютно не здається Вам неприємною, обведіть цифру 0.

Якщо трохи хвилює, обведіть цифру 1.

Якщо достатньо неприємна і викликає неспокій, що Ви воліли б уникнути її, обведіть цифру 2.

Якщо вона для Вас дуже неприємна і викликає сильне занепокоєння, тривогу, страх, обведіть цифру 3.

Якщо ситуація для Вас вкрай неприємна, вона викликає у вас сильне занепокоєння, дуже сильний страх, обведіть цифру 4.

Ваше завдання – уявити собі як можна детальніше кожен ситуацію і обвести кружком ту цифру, якою мірою ця ситуація може викликати у Вас побоювання, занепокоєння, тривогу або страх».

1	Відповідати біля дошки	0	1	2	3	4
2	Піти в будинок до незнайомих людей	0	1	2	3	4
3	Брати участь у змаганнях, конкурсах	0	1	2	3	4
4	Розмовляти з директором школи	0	1	2	3	4
5	Думати про своє майбутнє	0	1	2	3	4
6	Вчитель дивиться по журналу, кого б запитати	0	1	2	3	4
7	Тебе критикують, у чомусь дорікають	0	1	2	3	4
8	На тебе дивляться, коли ти щось робиш	0	1	2	3	4
9	Пишеш контрольну роботу	0	1	2	3	4
10	Після контрольної вчитель називає оцінки	0	1	2	3	4
11	На тебе не звертають увагу	0	1	2	3	4
12	У тебе щось не виходить	0	1	2	3	4
13	Чекаєш батьків з батьківських зборів	0	1	2	3	4
14	Тобі загрожує невдача, провал	0	1	2	3	4
15	Чуєш за своєю спиною сміх	0	1	2	3	4
16	Складаєш екзамени у школі	0	1	2	3	4
17	На тебе сердяться (незрозуміло чому)	0	1	2	3	4
18	Виступаєш перед великою аудиторією	0	1	2	3	4
19	Намічено важливу справу	0	1	2	3	4
20	Не розумієш пояснення вчителя	0	1	2	3	4
21	З тобою не згодні, суперечать тобі	0	1	2	3	4
22	Порівнюєш себе з іншими	0	1	2	3	4
23	Перевіряються твої здібності	0	1	2	3	4
24	На тебе дивляться, як на маленького	0	1	2	3	4
25	На уроці вчитель несподівано ставить тобі питання	0	1	2	3	4
26	Усі замовкли, коли ти підійшов (підійшла)	0	1	2	3	4
27	Оцінюється твоя робота	0	1	2	3	4
28	Думаєш про свої справи	0	1	2	3	4
29	Тобі треба прийняти для себе рішення	0	1	2	3	4
30	Не можеш впоратись із домашнім завданням	0	1	2	3	4

Дякуємо за допомогу

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ БЛАНК ОПИТУВАННЯ ЗА МЕТОДИКОЮ
Ч.СПІЛБЕРГЕРА ТА Ю. ХАНІНА**

Дата проведення дослідження _____ р.

Навчальний заклад _____

Вік _____ Стать _____

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра.

Зміст тверджень	Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди
1. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2. Я часто швидко втомлююся	1	2	3	4
3. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів би бути щасливим, як і інші	1	2	3	4
5. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Майже завжди я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7. Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8. Очікування труднощів дуже турбує мене	1	2	3	4
9. Я дуже переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий	1	2	3	4
11. Я сприймаю все близько до серця	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості у собі	1	2	3	4
13. Зазвичай я почуваюсь безпечно	1	2	3	4
14. Я намагаюсь уникати критичних ситуацій і утруднень	1	2	3	4
15. Мене охоплює нудьга	1	2	3	4
16. Я вдоволений	1	2	3	4
17. Всякі дрібниці відволікають і турбують мене	1	2	3	4
18. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Дякуємо за допомогу.

Погоджено
 Начальник Управління освіти,
 науки, молоді та спорту
 Кіровоградської обласної
 державної адміністрації
 Таборанський В.П.
 « 05 жовтня 2018 » р.



Затверджено
 Директор Департаменту охорони
 здоров'я Кіровоградської обласної
 державної адміністрації
 Рибальченко О.М.
 « 05 жовтня 2018 » р.



Положення

про навчально-тренінговий центр з профілактики шкільного травматизму при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й. Мухіна

Важливими напрямком сучасної освітньої діяльності в Україні є реалізація комплексної державної політики щодо збереження здоров'я та захисту життя підростаючого покоління, як стратегічного потенціалу майбутнього розвитку суспільства та національної безпеки.

У своїй діяльності навчально-тренінговий центр (НТЦ) передбачає обов'язкове застосування інтенсивних, інтерактивних педагогічних методів і прийомів у формі теоретичних занять, семінарів, практичних тренінгів.

Тренінг – нестандартна демократична форма проведення урочних, факультативних, позакласних занять, яка потребує розбудови нових міжособистісних стосунків між усіма учасниками навчально-виховного процесу.

Значення родини у вихованні учнівської молоді, формуванні принципів здорового способу життя (ЗСЖ) потребують вважати сім'ю одним із елементів роботи НТЦ.

Важливу роль у роботі НТЦ відіграють засоби масової інформації, громадські організації, які забезпечують передачу адекватних професійно обґрунтованих відомостей різним верствам населення, обумовлюють

удосконалення пропаганди мотивації дотримання ЗСЖ та активної позиції до збереження здоров'я.

I. Загальні положення

НТЦ призначений для формування валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навичок безпечної поведінки учнів на засадах розвитку життєвих навичок з використанням інноваційних тренінгових технологій навчання.

Основою роботи НТЦ є формування принципів безпечної поведінки школярів, як основи формування у них культури здоров'я. Це передбачає розробку відповідної комплексної програми, яка розрахована на залучення відповідних *профільних* фахівців, педагогічного колективу навчальних закладів та батьків, від позиції яких залежить стан здоров'я наступних поколінь (через створення здоров'яформувального, здоров'язбережувального середовища для школярів, виховання в них потреби дотримуватись норм культури здоров'я, принципів здорового способу життя).

Положення про НТЦ розроблено відповідно до чинного законодавства України на виконання Законів України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про охорону дитинства»; постанови Кабінету Міністрів України від 01.08.2001 №563 «Про затвердження Положення про організацію роботи з охорони праці учасників навчально-виховного процесу в установах і закладах освіти» (зі змінами); листа Міністерства освіти і науки України від 26.04.2013 1/9-305 «Про використання Інструктивно-методичних матеріалів з питань охорони праці, безпеки життєдіяльності у навчально-виховному процесі».

Це Положення визначає загальні та спеціальні вимоги до організації роботи НТЦ:

- призначення та основні принципи роботи НТЦ;
- напрямки та форми роботи НТЦ;
- навчально-методичне та матеріально-технічне забезпечення НТЦ;
- засади керування роботою НТЦ.

II. Мета, завдання та основні напрямки роботи НТЦ

Мета створення НТЦ передбачає забезпечення дотримання існуючих відповідних директивно-нормативних документів, удосконалення, науково-методичного супроводу та практичної підтримки навчальних закладів у питаннях профілактики шкільного травматизму.

Створення навчально-тренінгового центру з профілактики шкільного травматизму викликано нагальною потребою забезпечення запобігання шкільного травматизму на основі комплексного підходу до формування здоров'язбережувальної поведінки за найефективнішою технологією превентивного навчання – освітою на основі розвитку життєвих навичок.

Діяльність НТЦ відповідає напрямкам державної політики в галузі охорони здоров'я, освіти, соціального захисту дітей, в тому числі шкільного віку, реалізація якого здійснюється шляхом формуванням ціннісного ставлення

учнів до власного здоров'я за цільово-мотиваційною, інформаційно-змістовною, організаційно-діяльнісною та оцінно-результативною компонентами із активним залученням медичних працівників, педагогів, сім'ї, владних та громадських структур.

Базовою основою діяльності НТЦ є моніторинг ситуації з питань шкільного травматизму, виконання програм (інструкцій) безпечної поведінки учасників навчально-виховного процесу та їх корекція.

Основу роботи НТЦ складає персоніфікована технологія формування здоров'язбережувальної поведінки у школярів, яка містить наступні складові:

- цільова (побудова та досягнення запланованих результатів);
- мотиваційна (врахування медичними працівниками, викладачами потреб учнів у розвитку мотивації щодо формування культури здоров'я, виявлення та підтримка інтересу);
- інформаційно-пізнавальна (включення питань з безпечної поведінки, допомоги у створенні наочно-методичного забезпечення);
- праксеологічна (втілюється через застосування різновидів форм, методів, прийомів, засобів навчання);
- контрольна-оцінна (забезпечує зворотній зв'язок щодо результатів формування безпечної поведінки);
- рефлексивна (самоаналіз, експертна оцінка, коригування програм).

Основні завдання НТЦ

1. Навчання учнів, батьків, викладачів з питань формування здорового і безпечного способу життя на засадах розвитку життєвих навичок (ЖН);
2. Пропаганда передового позитивного досвіду щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та інших небезпечних інфекційних соціальних хвороб;
3. Організація індивідуального та групового (диференційованого) тренінгового навчання всіх учасників навчально-виховного процесу за розділами державної програми з охорони здоров'я;
4. Реалізація практично-дійової і творчої складової змісту навчання закладу за тренінговою технологією (відповідно до плану роботи закладу, узгодженого з планом роботи кабінету охорони здоров'я та НТЦ);
5. Організація роботи гуртків, факультативів інших навчально-виховних заходів за тренінговою технологією (відповідно до плану роботи кабінету охорони здоров'я та НТЦ);
6. Надання рекомендацій щодо проведення уроків з використанням тренінгової системи викладання;
7. Забезпечення потреб щодо впровадження програм превентивної освіти (відповідно до плану роботи кабінету охорони здоров'я та НТЦ);
8. Залучення старшокласників та студентів коледжу до профільного і поглибленого навчання з використанням тренінгових технологій;
9. Індивідуальна допомога вчителям, які викладають предмет «Охорони здоров'я» до занять, підвищення їх загального науково-методичного рівня.

Принципи діяльності НТЦ

1. Поетапність – враховує поетапне ускладнення змісту підготовки від формування мотивації здорового способу життя до практичного втілення здоров'язбережувальних технологій;
2. Цілісність – охоплює процес формування культури здоров'я у школярів за всіма компонентами;
3. Динамічність – передбачає динамічну систему переходу від простого до складного;
4. Диференційованість – зумовлює особливості формування безпечної поведінки учнів залежно від рівня їх обізнаності та готовності.

Робота НТЦ проводиться за такими напрямками: медичний, педагогічний, суб'єктний та робота з батьками.

Практична реалізація завдань та напрямків роботи НТЦ потребує організованої діяльності з боку медичних працівників, педагогів та безпосередньо об'єкта – дітей шкільного віку.

На компетентнісній основі, доступно та ефективно навчати учнів, їх батьків валеологічних знань і вмінь щодо захисту особистого життя від впливу негативних факторів середовища, безпечної поведінки, необхідності збереження здоров'я; оволодіння необхідними знаннями і вміннями з питань охорони здоров'я, особливостей здоров'язбереження та його технологій; розвиток набутих якостей необхідного піклування про власне здоров'я.

Першочерговим завданням НТЦ є обґрунтування методичних та організаційних підходів до формування культури здоров'я школярів.

III. Керівництво діяльністю НТЦ

Забезпечення діяльності НТЦ здійснює Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна за участю загальноосвітніх закладів, місцевих органів влади, громадських організацій і батьків, які є соціальними партнерами медичного коледжу.

Загальне керівництво НТЦ здійснює директор медичного коледжу.

IV. Навчально-методичне та матеріально-технічне забезпечення НТЦ

Навчально-методична робота НТЦ базується на індивідуальних та групових методиках підготовки для учнів молодшої, середньої та старшої школи, а також вчителів і батьків. Створено спеціальні теоретичні розділи, розроблено творчі завдання, що містять інформацію щодо валеологічного мислення, сприяють розвитку практичних умінь і навичок, спрямованих на зміцнення здоров'я.

На базі коледжу функціонує спеціально обладнаний кабінет охорони здоров'я для навчання учнів, батьків та вчителів принципів формування здорового і безпечного способу життя. Комплектація кабінету обладнанням здійснюється відповідно до типових переліків навчально-наочних посібників,

технічних засобів навчання та обладнання загального призначення для загальноосвітніх навчальних закладів, а також з урахуванням вимог до проведення практичних тренінгів.

V. Кадрове забезпечення НТЦ

НТЦ розташований на базі Кіровоградського медичного коледжу ім. Є. Й. Мухіна.

До складу тренінгового центру входять 6 осіб:

- лікар, на якого покладені методично-організаційні функції;
- медична сестра;
- педагог;
- психолог;
- поліцейський;
- соціальний працівник.

Робота НТЦ передбачає формування виїзних бригад, склад яких залежить від реальних обставин, потреби і можливостей.

VI. Забезпечення діяльності НТЦ

Дане положення передбачає створення НТЦ та його роботу на волонтерських засадах.

Розглянуто та затверджено
педагогічною радою
Кіровоградського медичного
коледжу ім. Є.Й.Мухіна
протокол № 1 від 30.08.2018 р.
Голова педагогічної ради
С. Бондарь



Додаток К

НАЦІОНАЛЬНА ПОЛІЦІЯ
УКРАЇНИ
УПРАВЛІННЯ ПАТРУЛЬНОЇ
ПОЛІЦІ В КІРОВОГРАДСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ, НАУКИ,
МОЛОДІ ТА СПОРТУ
КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

УПРАВЛІННЯ ДСНС УКРАЇНИ В
КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я КІРОВОГРАДСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ
АДМІНІСТРАЦІЇ

КІРОВОГРАДСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ
ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ
ДЛЯ СІМ'Ї ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА
БЛАГОДІЙНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«ВСЕУКРАЇНСЬКА МЕРЕЖА
ЛЖВ»

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО
ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ
КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

НАКАЗ

09 серпня 2018 р. м. Кропивницький № 943/220/92/567-09/145-09/
14130

Про створення навчально-
тренінгового центру при
Кіровоградському медичному
коледжі ім. Є.Й. Мухіна

Відповідно до статей 3, 6, 32 Конституції України, статей 10, 15 Закону України «Про національну поліцію», Закону України «Про вищу освіту», аналізу проведених заходів з профілактики шкільного травматизму та в рамках регіональної програми «Здоров'я наших дітей», з метою формування в учнів свідомого ставлення до власного життя, оволодіння компетенціями ведення здорового способу, забезпечення системності, послідовності й наступності у впровадженні здоров'язбережувальних технологій у закладах освіти Кіровоградської області

НАКАЗУЄМО:

1. Створити Навчально-тренінговий центр на базі Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.Й. Мухіна (далі - Центр) для навчання учнів, батьків та педагогічних працівників з питань формування здорового і безпечного способу життя.
2. Затвердити План заходів по створенню Центру, що додається.
3. Директору департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації (Рибальченко О.М.) доручити директору Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.Й. Мухіна (Бондарь С.О.) взяти під особистий контроль створення Центру

та розробити положення й план роботи Центру, забезпечити його функціонування.

4. Начальнику управління освіти, науки, молоді та спорту облдержадміністрації (Таборанський В.П.) сприяти у проведенні заходів працівниками Центру у закладах загальної середньої освіти області.

5. Директору департаменту соціального захисту населення облдержадміністрації (Догаров О.В.) сприяти у проведенні заходів працівниками Центру у літніх оздоровчих таборах відпочинку дітей.

6. Начальнику Управління патрульної поліції в Кіровоградській області (Цюцюра А.І.) сприяти у роботі Центру шляхом залучення працівників відповідних структурних підрозділів до виконання заходів.

7. Начальнику Управління ДСНС України в Кіровоградській області (Миронюк В.Г.) сприяти у роботі Центру шляхом залучення працівників відповідних структурних підрозділів до виконання заходів.

8. Директору Кіровоградського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Пастернак С.О.) сприяти роботі навчально-тренінгового Центру шляхом залучення фахівців до проведення заходів у закладах загальної середньої освіти області.

9. Голові Правління Кіровоградської обласної благодійної організації «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (Чабанюк Ю.С.) долучитися до роботи Центру (проведення тренінгів, інформаційних занять).

10. Керівникам органів управління освітою райдержадміністрацій, міських рад, об'єднаних територіальних громад забезпечити участь організованих груп учнів закладів загальної середньої освіти у заходах Центру.

11. Контроль за виконанням наказу покласти на заступників керівників управлінь/департаментів відповідно до напрямів діяльності.

Начальник Управління патрульної поліції в Кіровоградській області

А.І. Цюцюра

Начальник управління освіти, науки, молоді та спорту

В.П. Таборанський

Начальник Управління ДСНС України в Кіровоградській області

В.Г. Миронюк

Директор департаменту охорони здоров'я

О.М. Рибальченко

Голова правління Кіровоградської обласної благодійної організації «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»

Ю.С. Чабанюк

Директор департаменту соціального захисту населення

О.В. Догаров

Директор Кіровоградського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

С.О. Пастернак



УКРАЇНА
НАКАЗ

КІРОВОГРАДСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ ім. Є.Й. МУХІНА

від « 01 » 10 2018 року

№ 335/1

м. Кропивницький

Про внесення змін в програму
удосконалення медичних сестер
закладів освіти

На виконання наказу Директора департаменту охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації від 24 вересня 2018 року № 1089 «Про проведення циклу удосконалення медичних сестер за спеціальністю «педіатрія», що працюють в закладах освіти області, з метою поліпшення якості їх підготовки і враховуючи тенденції сучасності

НАКАЗУЮ:

1. Завідувачу відділенням післядипломної освіти КОСТЕНКУ О.П. при проведенні циклу удосконалення медичних сестер закладів освіти в період з 22.10.2018р. по 16.11.2018р., за рахунок загальної кількості годин ввести наступні теми;

Дитячий травматизм. Перша допомога.	2 години.(теорія)
	4 години (практичні заняття)
Профілактика шкільного травматизму	2 години.(теорія)
Стратегія формування здоров'я підлітків	2 години.(теорія)

2. Наведенні зміни у програмі удосконалення медичних сестер закладів освіти довести до відома викладачів, з контролем за підготовкою вказаних тем.

Директор

С.БОНДАРЬ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар
дитячої обласної лікарні
В. Хорощак

РОЗКЛАД

занять на курсах удосконалення сестер медичних закладів освіти
22.10. – 16.11.2018 року.

Дата	№ па-ри	Назва теми	Т	Пр.		Прізвище викладача
				1	2	
22.10. пн.	1.	Охорона здоров'я дітей в Україні. Основні напрямки реформування.	2			Ліщиновська
	2.	Організація надання меддопомоги дітям в ДНЗ та школах	2			Січкач
	3.	Захворювання очей у дітей	2			Ліщиновська
23.10. вівт.	1.	Основні напрямки реформування галузі охорони здоров'я в Україні		2		Ліщиновська
	2.	Діагностування		2	2	Січкач
	3.	Основні напрямки реформування галузі охорони здоров'я в Україні		2	2	Січкач
	4.	Інфекційні захворювання	2			Ліщиновська
		АФО дітей дошкільного та шкільного віку	2			Баранова Хмельницький
24.10. сер.	1.	Захворювання шлунково-кишкового тракту	2			Котарева
	2.	Хвороби серцево – судинної системи	2			Іванова
	3.	Медична етика і деонтологія		2		Ліщиновська
	4.	Організація надання меддопомоги дітям в ДНЗ та школах		2	2	Січкач
		Організація надання меддопомоги дітям в ДНЗ та школах		2		Січкач
		Медична етика і деонтологія		2	2	Ліщиновська
25.10. чт.	1.	АФО дітей дошкільного та шкільного віку		2		Хмельницький
	2.	Інфекційні захворювання		2	2	Баранова
	3.	Інфекційні захворювання		2	2	Баранова
	4.	АФО дітей дошкільного та шкільного віку		2	2	Хмельницький
		Захворювання нервової системи	2			Душкіна
		Стимулююча роль атестації в зростанні професійної майстерності медичних працівників	2			Хорощак
26.10. пт.	1.	Медична етика і деонтологія	2			Ліщиновська
	2.	Вимоги до проходження атестації		2		Хорощак
	3.	Медико-педагогічний контроль		2	2	Січкач
		Медико-педагогічний контроль		2		Січкач
		Вимоги до проходження атестації		2	2	Хорощак

Дата	№ па-ри	Назва теми	Г	Пр.		Прізвище викладача
				1	2	
29.10. пн.	1.	Профілактика керованих інфекцій	2	2	2	Шишканова Шабаліна Ліщиновський Ліщиновський Шабаліна
	2.	Фізіотерапія в ДНЗ, школах				
	3.	Захворювання сечовивідної системи у дітей Захворювання сечовивідної системи у дітей Фізіотерапія в ДНЗ, школах				
30.10. вівт.	1.	Санітарні вимоги до приміщень. Гігієна харчування	2	2	2	Борщ Гаврилюк Гаврилюк Борщ Баранова Хмельницький
	2.	Психологічні аспекти спілкування				
	3.	Санітарні вимоги до приміщень. Гігієна харчування				
	4.	Інфекційні захворювання Погранічні стани дитячого віку				
31.11. сер.	1.	Законодавче забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні	2	2	2	Хорощак Трочинська Баранова Котарева Котарева Баранова
	2.	Хвороби органів дихання				
	3.	Інфекційні захворювання				
	4.	Захворювання шлунково-кишкового тракту Захворювання шлунково-кишкового тракту Інфекційні захворювання				
01.11. четв.	1.	Дитячий травматизм. Перша допомога	2	2	2	Бурлака Душкіна Капелюшна Кодрул
	2.	Захворювання нервової системи				
	3.	Хвороби крові				
	4.	Фізичне виховання і загартовування				
02.11. пт.	1.	Медико-педагогічний контроль	2	2	2	Січкач Хорощак Ліщиновська Ліщиновська Хорощак
	2.	Законодавче забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні				
	3.	Функціональні обов'язки сестри медичної ДНЗ та школи Функціональні обов'язки сестри медичної ДНЗ та школи Законодавче забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні				

Дата	№ па-ри	Назва теми	Т	Пр.		Прізвище викладача
				1	2	
05.11. пн.	1.	Хвороби ендокринної системи	2			Малига
	2.	Захворювання вуха, горла, носа	2			Устенко
	3.	Захворювання сечовивідної системи у дітей	2			Ліщиновський
06.11. вівт.	1.	Дитячий травматизм. Перша допомога Хвороби органів дихання		2	2	Бурлака Трочинська
	2.	Хвороби органів дихання Дитячий травматизм. Перша допомога		2	2	Трочинська Бурлака
	3.	Туберкульоз у дітей Захворювання вуха, горла, носа		2	2	Горенко Устенко
	4.	Захворювання вуха, горла, носа Туберкульоз у дітей		2	2	Устенко Горенко
07.11. сер.	1.	Невідкладна допомога Фізичне виховання і загартовування		2	2	Гутарев Кодрул
	2.	Фізичне виховання і загартовування Невідкладна допомога		2	2	Кодрул Гутарев
	3.	Інфекційні захворювання	2			Баранова
	4.	Дезінфекція і стерилізація	2			Масафранова
08.11. четв.	1.	Інфекційні захворювання Дезінфекція і стерилізація		2	2	Баранова Масафранова
	2.	Дезінфекція і стерилізація Інфекційні захворювання		2	2	Масафранова Баранова
	3.	Хвороби крові Адаптація дітей в ДНЗ, школі		2	2	Капелюшна Січкач
	4.	Адаптація дітей в ДНЗ, школі Хвороби крові		2	2	Січкач Капелюшна
09.11. пт.	1.	Сімейна медицина	2			Хорошак
	2.	Невідкладна допомога	2			Гутарев
	3.	Адаптація дітей в ДНЗ, школі	2			Січкач

Дата	№ пар	Назва теми	Т	Пр.		Прізвище викладача
				1	2	
12.11. пн.	1.	Профілактика шкільного травматизму	2			Бондарь С.О. директор медколеджу Малига Окопний Окопний Малига
	2.	Хвороби ендокринної системи		2	2	
	3.	Гостра хірургічна патологія Хвороби ендокринної системи		2	2	
13.11. вівт.	1.	Стратегія формування здоров'я підлітків	2			Бондарь С.О. директор медколеджу Масафранова Іванова Хорощак Хорощак Іванова
	2.	Правила сестринського догляду	2			
	3.	Хвороби серцево – судинної системи Сімейна медицина.		2	2	
	4.	Сімейна медицина. Хвороби серцево – судинної системи		2	2	
14.11. сер.	1.	Погранічні стани дитячого віку Правила сестринського догляду		2	2	Хмельницький Масафранова Масафранова Хмельницький Ліщиновська Січкач Січкач Ліщиновська
	2.	Правила сестринського догляду		2	2	
	3.	Погранічні стани дитячого віку Лікувально-оздоровчий режим в ДНЗ, школах Санітарно-освітня робота		2	2	
	4.	Санітарно-освітня робота Лікувально-оздоровчий режим в ДНЗ, школах		2	2	
15.11. чт.	1.	Конференція по обміну досвідом Захворювання очей у дітей		2	2	Хорощак Ліщиновська Ліщиновська Хорощак Кодрул Січкач Січкач Кодрул
	2.	Захворювання очей у дітей Конференція по обміну досвідом		2	2	
	3.	Лікувально-оздоровчий режим в ДНЗ, школах Документація с/м ДНЗ, школи		2	2	
	4.	Документація с/м ДНЗ, школи Лікувально-оздоровчий режим в ДНЗ, школах		2	2	
16.11. пт.	1.	Комплексний залік		2	2	Костенко Хорощак Ліщиновська
	2.			2	2	
	3.			2	2	

Методист ОМВ



В.Січкач



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти для медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють в закладах освіти.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й.Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. // «Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М. ,Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М. , Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М. ,Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018; 8(11): 540-545

- Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я /Бондарь С.О.// Матеріали щорічної Всеукраїнської науково практичної конференції за міжнародною участю «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні»/2016:Київ

- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246

- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

4. *Впроваджено в* Комунальний заклад «Центр післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою» Дніпропетровської обласної ради»

5. *Область застосування методу:*

педагогічний процес: Поглиблення знань медичних сестер, які працюють в закладах освіти, з профілактики шкільного травматизму та здатності забезпечити дотримання учасників освітнього процесу здоров'язбережувальних технологій

6. *Строки впровадження:* з січня 2018 р. до вересня 2019 р.

7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань щодо стратегії формування здоров'я підлітків та профілактики шкільного травматизму; вміння оцінити фактори та ризики виникнення травм під час перебування дітей у школі; проведення профілактичної роботи щодо попередження травматизму і зниження захворюваності серед здобувачів освіти; набуття компетентностей щодо надання першої допомоги у разі виникнення травм різної етіології у дітей, які перебувають у закладах освіти.

8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в роботу медичних закладів освіти, які здійснюють післядипломну підготовку медичних сестер.

«29» серпень 2019 р.

Відповідальний за впровадження:

Попова Л.П. заступник директора з навчальної роботи



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Херсонського базового
медичного коледжу ХОР
М.С. Ващук
2019р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти для медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють в закладах освіти.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й.Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. //«Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М. ,Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М. , Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М. ,Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018: 8(11): 540-545

- Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я /Бондарь С.О.// Матеріали щорічної Всеукраїнської науково практичної конференції за міжнародною участю «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні»/2016:Київ

- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246

- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

4. *Впроваджено в Херсонському базовому медичному коледжі Херсонської обласної ради.*

5. *Область застосування методу:*

педагогічний процес: Поглиблення знань медичних сестер, які працюють в закладах освіти, з профілактики шкільного травматизму та здатності забезпечити дотримання учасників освітнього процесу здоров'язбережувальних технологій

6. *Строки впровадження:* з січня 2018 р. до вересня 2019 р.

7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань щодо стратегії формування здоров'я підлітків та профілактики шкільного травматизму; вміння оцінити фактори та ризики виникнення травм під час перебування дітей у школі; проведення профілактичної роботи щодо попередження травматизму і зниження захворюваності серед здобувачів освіти; набуття компетентностей щодо надання першої допомоги у разі виникнення травм різної етіології у дітей, які перебувають у закладах освіти.

8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в роботу медичних закладів освіти, які здійснюють післядипломну підготовку медичних сестер.

«*ЛС*» серпень 2019 р.

Відповідальний за впровадження:



I.С. Орехівська, завідувачка відділенням післядипломної освіти

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Львівського медичного
коледжу післядипломної
освіти

Л.Г. Вовк
Л.Г. Вовк
«28» 2019 р.

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень**

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти для медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють в закладах освіти.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. //«Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язберезувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018; 8(11): 540-545

- Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я /Бондарь С.О.// Матеріали щорічної Всеукраїнської науково практичної конференції за міжнародною участю «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні»/2016:Київ

- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246

- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

4. *Впроваджено в Львівському медичному коледжі післядипломної освіти*

5. *Область застосування методу:*

педагогічний процес: Поглиблення знань медичних сестер, які працюють в закладах освіти, з профілактики шкільного травматизму та здатності забезпечити дотримання учасників освітнього процесу здоров'язбережувальних технологій

6. *Строки впровадження:* з січня 2018 р. до вересня 2019 р.

7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань щодо стратегії формування здоров'я підлітків та профілактики шкільного травматизму; вміння оцінити фактори та ризики виникнення травм під час перебування дітей у школі; проведення профілактичної роботи щодо попередження травматизму і зниження захворюваності серед здобувачів освіти; набуття компетентностей щодо надання першої допомоги у разі виникнення травм різної етіології у дітей, які перебувають у закладах освіти.

8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в роботу медичних закладів освіти, які здійснюють післядипломну підготовку медичних сестер.

«29» серпень 2019 р.

Відповідальний за впровадження:

*Назарова Олена Олександрівна -
векладар-методист, спеціаліст
вищої кваліфікаційної категорії,
векладар педагогіки*

Елси - Назарова О.О.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Київського медичного коледжу
ім. П.І. Гаврося



Л.Г. Підмогильна

2019р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти для медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють в закладах освіти.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. //«Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М. ,Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М. , Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М. ,Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018: 8(11): 540-545

- Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я /Бондарь С.О.// Матеріали щорічної Всеукраїнської науково практичної

конференції за міжнародною участю «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні»/2016:Київ

- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246

- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

4. *Впроваджено в Київському медичному коледжі*

5. *Область застосування методу:*

педагогічний процес: Поглиблення знань медичних сестер, які працюють в закладах освіти, з профілактики шкільного травматизму та здатності забезпечити дотримання учасників освітнього процесу здоров'язбережувальних технологій

6. *Строки впровадження:* з січня 2018 р. до вересня 2019 р.

7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань щодо стратегії формування здоров'я підлітків та профілактики шкільного травматизму; вміння оцінити фактори та ризики виникнення травм під час перебування дітей у школі; проведення профілактичної роботи щодо попередження травматизму і зниження захворюваності серед здобувачів освіти; набуття компетентностей щодо надання першої допомоги у разі виникнення травм різної етіології у дітей, які перебувають у закладах освіти.

8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в роботу медичних закладів освіти, які здійснюють післядипломну підготовку медичних сестер.

«» серпень 2019 р.

Відповідальний за впровадження:

І.В. Третякова
заст. директора з відділу післядипломної освіти

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Новоград-Волинського
медичного коледжу
Житомирської обласної
ради



[Signature] О.В.Солодовник
«29» *[Signature]* 2019р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти для медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють в закладах освіти.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й.Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. //«Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018; 8(11): 540-545

- Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я /Бондарь С.О.// Матеріали щорічної Всеукраїнської науково практичної

конференції за міжнародною участю «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні»/2016:Київ

- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246

- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

4. *Впроваджено* в Новоград-Волинському медичному коледжі Житомирської обласної ради

5. *Область застосування методу:*

педагогічний процес: Поглиблення знань медичних сестер, які працюють в закладах освіти, з профілактики шкільного травматизму та здатності забезпечити дотримання учасників освітнього процесу здоров'язбережувальних технологій

6. *Строки впровадження:* з січня 2018 р. до вересня 2019 р.

7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань щодо стратегії формування здоров'я підлітків та профілактики шкільного травматизму; вміння оцінити фактори та ризики виникнення травм під час перебування дітей у школі; проведення профілактичної роботи щодо попередження травматизму і зниження захворюваності серед здобувачів освіти; набуття компетентностей щодо надання першої допомоги у разі виникнення травм різної етіології у дітей, які перебувають у закладах освіти.

8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в роботу медичних закладів освіти, які здійснюють післядипломну підготовку медичних сестер.

«19» серпня 2019 р.

Відповідальний за впровадження:

А.П.Боришкевич, завідувачка відділення післядипломної освіти



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

Кременчуцького медичного
коледжу імені В.І. Литвиненка

С. С. Малик
«30» серпня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти для медичних сестер за спеціальністю «Педіатрія», які працюють у закладах освіти.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж імені С.Й. Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел) / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.- С.130-135.
- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.- С.55-60.
- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу / Михальчук В.М., Бондарь С.О. // «Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- С.32-38.
- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій / Михальчук В.М., Бондарь С.О. // «Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190.
- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М. , Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 – 1076.
- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О. // «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14: 49-54.
- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики / Михальчук В.М., Бондарь С.О. // «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65.
- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї / Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513.
- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язберезувальних засад попередження дитячого травматизму / Бондарь С.О. // Україна: Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16.

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму / Михальчук В.М., Бондарь С.О. // Економіка і право охорони здоров'я, 2018; 2 (8): 47- 53.
 - Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar // Journal of Education, Health and Sport. 2018; 8(11): 540-545.
 - Безпека дорожнього руху в управлінні стратегіями розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я / Бондарь С.О. // Матеріали щорічної Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю «Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні» / 2016: Київ.
 - Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О. // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи», 2018.- С. 244-246.
 - Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України / Михальчук В.М., Нестерець О.Л., Бондарь С.О. // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва» / 2017. Жешув – Львів. С. 98.
 - Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї. / Бондарь С.О. // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» / 2018:Полтава.
 - Формування здоров'язбережувальної поведінки як основи профілактики шкільного травматизму / Бондарь С.О. // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» / 2018:Полтава.
4. *Впроваджено* в Кременчуцькому медичному коледжі імені В.І. Литвиненка
5. *Область застосування методу:*
педагогічний процес: Поглиблення знань медичних сестер, які працюють у закладах освіти, з профілактики шкільного травматизму та здатності забезпечити дотримання учасниками освітнього процесу здоров'язбережувальних технологій.
6. *Строки впровадження:* з січня 2018 р. до вересня 2019 р.
7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань щодо стратегії формування здоров'я підлітків та профілактики шкільного травматизму; уміння оцінити фактори та ризики виникнення травм під час перебування дітей у школі; проведення профілактичної роботи щодо попередження травматизму і зниження захворюваності серед здобувачів освіти; набуття компетентностей щодо надання першої допомоги в разі виникнення травм різної етіології у дітей, які перебувають у закладах освіти.
8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в роботу медичних закладів освіти, які здійснюють післядипломну підготовку медичних сестер.

Акт про впровадження результатів наукових досліджень обговорено та схвалено на засіданні педагогічної ради Кременчуцького медичного коледжу імені В.І. Литвиненка, протокол № 6 від 29.08.2019 р.

«29» серпня 2019 р.

Відповідальний за впровадження:

Методист відділення
післядипломної освіти
Кременчуцького медичного
коледжу імені В.І. Литвиненка,
викладач акушерства та гінекології,
спеціаліст вищої кваліфікаційної категорії


В.В. Мисик



Підпис завідувача:
Старший інженер з кадрів Зав. О.Т. Камуран



УКРАЇНА
НАКАЗ

КИРОВОГРАДСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ ім. Є.Й. МУХІНА

від « 10 » 05 2018 року

№ 16213

м. Кропивницький

«Про створення
школи юних медиків»

На виконання плану роботи навчально - тренінгового центру, для забезпечення заходів з профілактики шкільного травматизму та у відповідь на звернення керівництва КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт»-загальноосвітній навчальний заклад I-III ступенів №26»

НАКАЗУЮ:

1. Створити на базі Кіровоградського медичного коледжу ім. Є. Й. Мухіна школу парамедиків.
2. Фахівцям НТЦ розробити тематику занять школи парамедиків для учнів 5-8 класів та 9-11 класів.
3. В рамках співпраці з КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт»-загальноосвітній навчальний заклад I-III ступенів № 26» проводити один раз на два тижні заняття школи парамедиків з учнями різних класів.
4. Контроль за виконанням даного наказу покласти на Гут Т.М.

Директор

С. БОНДАРЬ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КЗ "Навчально-виховний
комплекс "Спеціалізований
загальноосвітній навчальний
заклад І-ІІІ ступенів № 26 -
дошкільний навчальний
заклад- дитячий юнацький
центр "Зорецвіт"
Кіровоградської міської ради
Кіровоградської області

«*dd*» *lipadze* 2019р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* формування безпечного і здорового освітнього середовища та моніторингу шкільного травматизму за рахунок удосконалення та втілення інноваційних тренінгових технологій навчання.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. // «Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, -№ 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018; 8(11): 540-545

- Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М, Бондарь С.О.// Економіка і право охорони здоров'я. 2019;2(10):25-31.

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60

- Положення про Навчально-тренінговий центр з профілактики шкільного травматизму при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.І. Мухіна, затвердженого педагогічною радою коледжу протокол №1 від 30.08.2018 року

- Спільний наказ Про створення Навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.І. Мухіна за №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09 серпня 2018 року між: Управлінням патрульної поліції в Кіровоградській області, Управлінням ДСНС України в Кіровоградській області, Кіровоградським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Кіровоградською обласною благодійною організацією «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Управлінням освіти, науки, молоді та спорту Кіровоградської обласної державної адміністрації, Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Департаментом соціального захисту населення

- Наказ за №213 від 10.05.2018 р. про створення Школи юних медиків на базі Кіровоградського медичного коледжу

- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246

- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму / Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

4. *Впроваджено в:* КЗ «Навчально-виховний комплекс "Спеціалізований загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів № 26 - дошкільний навчальний заклад - дитячий юнацький центр "Зорецвіт" Кіровоградської міської ради Кіровоградської області"

5. *Область застосування методу:*

педагогічний процес: проведення навчально-виховних заходів працівниками НТЦ Кіровоградського медичного коледжу ім.Є.І. Мухіна з ціллю формування валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навичок безпечної поведінки в учнів, вчителів, батьків на засадах розвитку життєвих навичок з використанням іноваційних тренінгових технологій.

6. *Строки впровадження:* з травня 2018 р. до вересня 2019 р.

7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань учнівської молоді, вчителів та батьків з основ здоров'я та профілактики шкільного травматизму; налагоджено взаємозв'язок закладу освіти з громадськістю для покращення та підтримання безпечних умов всіх учасників освітнього процесу з кінцевою метою – зниження рівня травматизму серед школярів.

8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в навчально-виховну роботу загальноосвітніх навчальних закладів без використання додаткових фінансових затрат.

«*20*» травень 2019 р.

Відповідальний за впровадження

Директор Ярова О.В.

ДОГОВІР

про співпрацю

м. Кропивницький

«03» травня 2018 р.

Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, (далі – вищий навчальний заклад) в особі директора Бондарь Світлани Олександрівни, що діє на підставі Статуту, з одного боку, та КЗ «Навчально-виховний комплекс – спеціалізований загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26 – ДНЗ - ДЮОЦ «Зорецвіт» Кіровоградської міської ради Кіровоградської області» (далі – заклад загальної середньої освіти), в особі директора Ярової Олени Василівни, що діє на підставі Статуту, з іншого боку, разом іменовані як «Сторони», уклали між собою цей Договір про наступне:

1. Предмет договору

1.1. Відповідно до умов цього Договору Сторони зобов'язуються співпрацювати в напрямку:

1.1.1. Встановити загальні принципи взаємовідносин Сторін для координації спільної діяльності у проведенні моніторингу шкільного травматизму, ефективному використанні отриманих результатів для проведення навчально-тренінгових занять із залученням педагогічних кадрів та навчально-виробничої -бази обох сторін.

1.1.2. Створити на базі НТЦ Кіровоградського медичного коледжу **Школи юних медиків** для учнів КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт»- загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26».

1.1.3. Разом з керівництвом КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт»- загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26» та спеціалістами НТЦ розробити тематику теоретичних, семінарських та практичних занять з профілактики шкільного травматизму.

1.1.4. Узгодити порядок проведення занять **Школи юних медиків** на базі медичного коледжу із залученням спеціалістів НТЦ, викладачів КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт»- загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26» та учнів різних класів (відповідно до плану).

1.1.5. Поглиблювати співпрацю спеціалістів навчально-тренінгового центру з учителями шкіл у напрямку ефективності та результативності формування здоров'язбережувальної поведінки учнів.

1.1.6. Формувати принципи валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навички безпечної поведінки на засадах інноваційних тренінгових технологій навчання.

1.1.7. На засадах спільної праці розробити методики та практикувати розвиток і широке використання нових моделей комплексного підходу, інтенсивних, інтерактивних педагогічних методів і прийомів у формуванні здоров'язбережувальної поведінки учнів.

2. Напрямки взаємної співпраці

2.1 Сторони спільно працюватимуть над удосконаленням освітнього середовища з метою отримання інформації про здоров'язбережувальні технології, принципи здорового способу життя, причини виникнення та запобігання шкільного травматизму.

2.2. За безпосередньої участі спеціалістів навчально- тренінгового центру та педагогічного колективу школи сприяти формуванню в учнів потреби ціннісного ставлення до власного здоров'я, культури здоров'я та принципів безпечної поведінки.

2.3. Сторони погодились координувати, у межах своєї компетенції, процеси реалізації окремих проектів, програм, планів, які спільно розроблять та впровадять з метою забезпечення збереження життя і здоров'я дітей.

2.4. Керуючись принципами відкритості, Сторони погодились здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу щодо причин виникнення та запобігання шкільного травматизму, особливостей надання комплексної допомоги з профілактики соціально-небезпечних захворювань, сприяння захисту прав дітей.

2.5. Сторони домовились розробити графік проведення та визначити відповідальних осіб за організацію та проведення інформаційно-просвітницьких заходів, практичних занять з профілактики шкільного травматизму.

2.6. Серед учнів школи та їх батьків проводити широку роз'яснювальну роботу щодо правил і методів профілактики небезпечних інфекційних хвороб.

2.7. Співпраця в інших напрямках на основі взаємної зацікавленості сторін.

3.Зобов'язання вищого навчального закладу

3.1.Вищий навчальний заклад зобов'язується:

3.1.1. Залучати до реалізації завдань та напрямків роботи навчально-тренінгового центру викладачів коледжу, фахівців медичних закладів, спеціалістів громадських організацій, патрульної поліції, представників владних структур, педагогів, батьків, безпосередньо дітей шкільного віку та координувати їх послідовну і організовану роботу.

3.1.2. Спеціалістами навчально-тренінгового центру систематично (відповідно до плану роботи, пори року, вікової категорії учнів) розробляти та проводити цілеспрямовані заходи для забезпечення збереження життя і здоров'я дітей, безпечних умов навчання.

3.1.3. Фахівцями навчально-тренінгового центру постійно проводити моніторинг ситуацій з питань шкільного травматизму; надавати рекомендації щодо виконання програм (інструкцій) безпечної поведінки учасників навчально-виховного процесу .

3.1.4. Допомогати викладачам шкіл у проведенні занять з учнями та їх батьками щодо формування принципів здорового способу життя, надавати можливість користуватися бібліотечним фондом коледжу, навчальними кімнатами з догляду за пацієнтами.

3.1.5. Спеціалістам навчально-тренінгового центру систематично(за планом роботи) проводити семінари, тренінги, заняття з метою забезпечення кваліфікованих знань, вмінь та практичних навичок домедичної допомоги та здорового способу життя.

3.1.6. Систематично організовувати зустрічі фахівців навчально-тренінгового центру та викладачів шкіл, узгоджувати матеріали навчальних занять, інструкцій, рекомендацій та подавати свої пропозиції щодо їх удосконалення.

3.1.7. На принципах компетентнісного підходу, під час занять, майстер-класів і тренінгів ефективно доносити учням валеологічні знання і вміння щодо захисту особистого життя від впливу негативних факторів зовнішнього середовища.

4.Зобов'язання закладу загальної середньої освіти

4.1. Заклад загальної середньої освіти зобов'язується:

- 4.1.1. Створювати належні умови для забезпечення проведення фахівцями навчально-тренінгового центру теоретичних, практичних, позакласних занять з питань профілактики шкільного травматизму.
- 4.1.2. Розробляти плани, тематику, рекомендації щодо проведення бесід з батьками та членами педагогічного колективу з питань безпечних умов навчання школярів, захисту їх прав та виховання в учнів ціннісного ставлення до власного здоров'я.
- 4.1.3. Систематично проводити заходи з учнями різних класів та викладачами з питань підтримки оптимального освітнього середовища та подальшого його удосконалення для розвитку здорової дитини.
- 4.1.4. Проводити виховні, позакласні заходи, семінари з питань формування умінь оцінювати та адекватно реагувати на ризики для життя та здоров'я свого і оточуючих.
- 4.1.5. Розробляти тематику для організації та проведення майстер-класів з учнями різних вікових груп по формуванню необхідних знань, практичних навичок і вмінь вести здоровий спосіб життя, зберігати власне здоров'я.
- 4.1.6. Проводити на виховних годинах, заняттях з основ здоров'я перегляд відеофільмів, огляд спеціальної літератури з метою формування в учнів потреби свідомого ставлення до свого здоров'я.
- 4.1.7. Проводити бесіди, роз'яснення, надавати рекомендації щодо необхідності забезпечення системності, послідовності і наступності у впровадженні здоров'язберігаючих технологій у початковій, середній та старшій школі.
- 4.1.8. Залучати учнів старших класів до участі у проведенні майстер-класів, практичних тренінгів з питань домедичної допомоги потерпілим під час навчального процесу.

5.Організаційні основи взаємодії Сторін

5.1. Для належної координації дій Сторін щодо цього Договору та вирішення поточних питань співробітництва, Сторони визначають осіб, відповідальних за забезпечення постійної і регулярної взаємодії:

від Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.Й.Мухіна – Бондарь Світлана Олександрівна,

від КЗ «Навчально-виховний комплекс – спеціалізований загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26 – ДНЗ - ДЮЦ «Зорецвіт» Кіровоградської міської ради Кіровоградської області» – Ярова Олена Василівна.

6.Відповідальність Сторін та порядок вирішення спорів.

- 6.1.Сторони несуть відповідальність за діяльність у рамках цього Договору в межах взятих на себе зобов'язань і в порядку, передбаченому законодавством України.
- 6.2.Усі спірні питання, які виникають між сторонами, вирішуються шляхом переговорів з урахуванням прав та інтересів Сторін.

7.Інші умови

7.1. Хід та результати виконання цього договору щорічно розглядаються на спільному засіданні представників Кіровоградського медичного коледжу та КЗ «Навчально-виховний комплекс «Зорецвіт»- загальноосвітній навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26».

7.2. Перелік видів співпраці й обов'язків Сторін не є вичерпним і може бути доповнений або переглянутий за згодою Сторін, що оформляється додатковими угодами.
7.3. Цей Договір вважається укладеним і набирає чинності з моменту його підписання Сторонами та скріплення підписів печатками.

7.4. Термін дії цього договору починає свій перебіг у момент, визначений у п.6.3. цього Договору та діє протягом трьох років.

7.5. Якщо жодна із сторін в письмовій формі не заявила про намір припинити дію цього Договору, то він вважається продовженим на наступний рік.

7.6. Кожна із сторін за власним бажанням може розірвати цей Договір в односторонньому порядку, попередивши про це іншу Сторону у письмовій формі за 30 календарних днів до дати, з якої пропонується припинити Договір.

7.7. Даний договір не передбачає жодних фінансових зобов'язань сторін.

7.8. Зміни і доповнення до цього Договору, а також усі додаткові угоди, додатки до нього вважаються дійсними лише в тому випадку, якщо вони мають письмову форму і підписані уповноваженими представниками обох Сторін та скріплені їх печатками.

6.8. Цей договір складений при повному розумінні Сторонами його умов і термінології українською мовою у двох ідентичних примірниках, які мають однакову юридичну силу, – по одному для кожної із сторін.

8.Юридичні адреси та підписи Сторін

Вищий навчальний заклад

**Кіровоградський медичний
коледж ім. Є.Й. Мухіна**
25015, м. Кропивницький,
Студентський бульвар, буд. 16
тел.: (0522) 24-96-17
р/р 35411012030734 в ГУДСКУ
Кіровоградської області у
м. Кіровограді
МФО 823016
Код ЄДРПОУ 02011396

Директор
М.П.

С.О. Бондарь



Заклад загальної середньої освіти

КЗ «Навчально-виховний комплекс –
спеціалізований загальноосвітній
навчальний заклад І-ІІІ ступенів №26 –
ДНЗ - ДЮЦ «Зорецвіт»
Кіровоградської міської ради
Кіровоградської області»
25015, м. Кропивницький
Студентський бульвар, буд. 21

Директор
М.П.

О.В. Ярова



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Опорний навчальний заклад
"Богданівська загальноосвітня школа
I-III ступенів імені І.Г. Ткаченка
Знам'янської районної ради
Кіровоградської області"



С.Я. Бойчук

«*вересень*» 2019р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* формування безпечного і здорового освітнього середовища та моніторингу шкільного травматизму за рахунок удосконалення та втілення інноваційних тренінгових технологій навчання.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. //«Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16


- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018: 8(11): 540-545

- Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Економіка і право охорони здоров'я. 2019;2(10):25-31.

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.С., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135
- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.С., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60
- Положення про Навчально-тренінговий центр з профілактики шкільного травматизму при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й. Мухіна, затвердженого педагогічною радою коледжу протокол №1 від 30.08.2018 року
- Спільний наказ Про створення Навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й. Мухіна за №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09 серпня 2018 року між: Управлінням патрульної поліції в Кіровоградській області, Управлінням ДСНС України в Кіровоградській області, Кіровоградським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Кіровоградською обласною благодійною організацією «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Управлінням освіти, науки, молоді та спорту Кіровоградської обласної державної адміністрації, Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Департаментом соціального захисту населення
- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246
- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98
- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава
- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава
- 4. *Впроваджено в:* Опорний навчальний заклад "Богданівська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів імені І.Г. Ткаченка Знам'янської районної ради Кіровоградської області"
- 5. *Область застосування методу:*
педагогічний процес: проведення навчально-виховних заходів працівниками НТЦ Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.Й. Мухіна з ціллю формування валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навичок безпечної поведінки в учнів, вчителів, батьків на засадах розвитку життєвих навичок з використанням інноваційних тренінгових технологій.
- 6. *Строки впровадження:* з грудня 2017 р. до вересня 2019 р.
- 7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань учнівської молоді, вчителів та батьків з основ здоров'я та профілактики шкільного травматизму; налагоджено взаємозв'язок закладу освіти з громадськістю для покращення та підтримання безпечних умов всіх учасників освітнього процесу з кінцевою метою – зниження рівня травматизму серед школярів.
- 8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в навчально-виховну роботу загальноосвітніх навчальних закладів без використання додаткових фінансових затрат.

« 9 » вересень 2019 р.

Відповідальний за впровадження:  заступник директора з навчально-виховної роботи Буштрук Наталія Борисівна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КЗ "Навчально-виховне
об'єднання - "Спеціалізований
загальноосвітній навчальний
заклад I ступеня "Гармонія" -
Гімназія імені Тараса
Шевченка - Центр
позашкільного виховання
"Контакт" міської ради міста
Кропивницького
Кіровоградської області


Г.Г. Война
«9» вересня 2019р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* формування безпечного і здорового освітнього середовища та моніторингу шкільного травматизму за рахунок удосконалення та втілення інноваційних тренінгових технологій навчання.

2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.

3. *Джерела інформації:*

- Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. // «Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38

- Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190

- Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076

- Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54

- Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513

- Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16

- Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53

- Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018: 8(11): 540-545

- Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М, Бондарь С.О.// Економіка і право охорони здоров'я. 2019;2(10):25-31.

- Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60

- Положення про Навчально-тренінговий центр з профілактики шкільного травматизму при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й. Мухіна, затвердженого педагогічною радою коледжу протокол №1 від 30.08.2018 року

- Спільний наказ Про створення Навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й. Мухіна за №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09 серпня 2018 року між: Управлінням патрульної поліції в Кіровоградській області, Управлінням ДСНС України в Кіровоградській області, Кіровоградським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Кіровоградською обласною благодійною організацією «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Управлінням освіти, науки, молоді та спорту Кіровоградської обласної державної адміністрації, Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Департаментом соціального захисту населення

- Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді. / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медресистстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246

- Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98

- Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

- Формування здоров'язбережувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава

4. *Впроваджено в:* КЗ Комунальний заклад "Навчально-виховне об'єднання - "Спеціалізований загальноосвітній навчальний заклад I ступеня "Гармонія" - Гімназія імені Тараса Шевченка - Центр позашкільного виховання "Контакт" міської ради міста Кропивницького Кіровоградської області

5. *Область застосування методу:*

педагогічний процес: проведення навчально-виховних заходів працівниками НТЦ Кіровоградського медичного коледжу ім.Є.Й. Мухіна з ціллю формування валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навичок безпечної поведінки в учнів, вчителів, батьків на засадах розвитку життєвих навичок з використанням іноваційних тренінгових технологій.

6. *Строки впровадження:* з грудня 2017 р. до вересня 2019 р.

7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань учнівської молоді, вчителів та батьків з основ здоров'я та профілактики шкільного травматизму; налагоджено взаємозв'язок закладу освіти з громадськістю для покращення та підтримання безпечних умов всіх учасників освітнього процесу з кінцевою метою – зниження рівня травматизму серед школярів.

8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в навчально-виховну роботу загальноосвітніх навчальних закладів без використання додаткових фінансових затрат.

Відповідальний за впровадження

«9» вересень 2019 р.
Войткевич Л.І.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КЗ "Олександрівське НВО №2 "
Олександрівської районної
ради Кіровоградської області



О. В. Зінченко

2019р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. *Найменування пропозиції для впровадження:* формування безпечного і здорового освітнього середовища та моніторингу шкільного травматизму за рахунок удосконалення та втілення інноваційних тренінгових технологій навчання.
2. *Установа, що пропонує впровадження, поштова адреса, автори:* Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика: вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112; Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й.Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015, Михальчук В.М., Бондарь С.О.
3. *Джерела інформації:*
 - Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу/ Михальчук В.М., Бондарь С.О. // «Професійна освіта: проблеми і перспективи», № 13/2017.- с.32-38
 - Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загально - українських тенденцій/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Актуальні проблеми сучасної медицини», 2017;17 (4): 185-190
 - Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// Sournal of Education, Health and Sport, № 7/ 2017. – с. 1064 - 1076
 - Шкільний травматизм: особливості, тенденції / Бондарь С.О.// «Професійна освіта: проблеми й перспективи», 2018; 14:49-54
 - Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.// «Економіка і право охорони здоров'я», 2017; 2: 58-65
 - Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї/ Бондарь С.О. // Wiadomości Lekarskie. 2018; LXXI (3): 508-513
 - Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму/ Бондарь С.О.// Україна:Здоров'я нації: 2018;2 (49): 9-16
 - Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М., Бондарь С.О.//Економіка і право охорони здоров'я. 2018; 2 (8): 47- 53
 - Conceptual approaches to formation of the improved model for prophylaxis of school traumatism / V.M. Mikhalchuk, S.O.Bondar//Journal of Education, Health and Sport. 2018: 8(11): 540-545
 - Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму/ Михальчук В.М, Бондарь С.О.// Економіка і право охорони здоров'я. 2019;2(10):25-31.
 - Безпека здоров'я та життєдіяльності: сучасний стан (за даними аналізу літературних наукових джерел)/ Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 2-3 (25-26)/ 2015.-с.130-135

- Нормативно-правові важелі безпеки здоров'я та життєдіяльності / Латишев Є.Є., Бондарь С.О. // «Сучасні медичні технології», № 4 (27)/ 2015.-с.55-60
 - Положення про Навчально-тренінговий центр з профілактики шкільного травматизму при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й. Мухіна, затвердженого педагогічною радою коледжу протокол №1 від 30.08.2018 року
 - Спільний наказ Про створення Навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й. Мухіна за №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09 серпня 2018 року між: Управлінням патрульної поліції в Кіровоградській області, Управлінням ДСНС України в Кіровоградській області, Кіровоградським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Кіровоградською обласною благодійною організацією «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Управлінням освіти, науки, молоді та спорту Кіровоградської обласної державної адміністрації, Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Департаментом соціального захисту населення
 - Профілактика – як перспективний напрямок збереження здоров'я учнівської молоді / Бондарь С.О.// Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Вища освіта в медсестринстві : проблеми і перспективи.2018.-с. 244-246
 - Необхідність профілактики дитячого травматизму як передумова збереження здоров'я майбутнього покоління України /Михальчук В.М.,Нестерець О.Л.,Бондарь С.О.// Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні суспільно-економічні проблеми українсько-польського транскордонного співробітництва». /2017. Жешув – Львів. с. 98
 - Формування у шкільної молоді безпечної поведінки в умовах сім'ї./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава
 - Формування здоров'язберезувальної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму ./ Бондарь С.О.// Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я»/ 2018:Полтава
4. *Впроваджено в:* КЗ "Олександрівське НВО №2 " Олександрівської районної ради Кіровоградської області
5. *Область застосування методу:*
педагогічний процес: проведення навчально-виховних заходів працівниками НТЦ Кіровоградського медичного коледжу ім.Є.Й. Мухіна з ціллю формування валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навичок безпечної поведінки в учнів, вчителів, батьків на засадах розвитку життєвих навичок з використанням інноваційних тренінгових технологій.
6. *Строки впровадження:* з грудня 2017 р. до вересня 2019 р.
7. *Ефективність впровадження:* підвищення рівня знань учнівської молоді, вчителів та батьків з основ здоров'я та профілактики шкільного травматизму; налагоджено взаємозв'язок закладу освіти з громадськістю для покращення та підтримання безпечних умов всіх учасників освітнього процесу з кінцевою метою – зниження рівня травматизму серед школярів.
8. *Зауваження, пропозиції:* рекомендувати до впровадження в навчально-виховну роботу загальноосвітніх навчальних закладів без використання додаткових фінансових затрат.

«11» вересень 2019 р.

Відповідальний за впровадження: заступник директора з навчально-виховної роботи

Добровольська Світлана Єгорівна

Добровольська С.Є.

ДОГОВІР

про співпрацю

м. Кропивницький

« 08 » листопада 2017 р.

Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, (далі – вищий навчальний заклад) в особі директора Бондарь Світлани Олександрівни, що діє на підставі Статуту, з одного боку, та Опорний навчальний заклад "Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів імені І.Г. Ткаченка Знам'янської районної ради Кіровоградської області" (далі – заклад загальної середньої освіти), в особі директора Бойчук Сергія Якимовича, що діє на підставі Статуту, з іншого боку, разом іменовані як «Сторони», уклали між собою цей Договір про наступне:

1. Предмет договору

1.1. Відповідно до умов цього Договору Сторони зобов'язуються співпрацювати в напрямку:

1.1.1. Встановити загальні принципи взаємовідносин Сторін для координації спільної діяльності у проведенні моніторингу шкільного травматизму, ефективному використанні отриманих результатів для проведення навчально-тренінгових занять із залученням педагогічних кадрів та навчально-виробничої бази обох сторін.

1.1.2. Поглиблювати співпрацю спеціалістів навчально-тренінгового центру з учителями школи у напрямку ефективності та результативності формування здоров'язбережувальної поведінки учнів.

1.1.3. Формувати принципи валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навички безпечної поведінки на засадах інноваційних тренінгових технологій навчання.

1.1.4. На засадах спільної праці розробити методики та практикувати розвиток і широке використання нових моделей комплексного підходу, інтенсивних, інтерактивних педагогічних методів і прийомів у формуванні здоров'язбережувальної поведінки учнів.

2. Напрямки взаємної співпраці

2.1 Сторони спільно працюватимуть над удосконаленням освітнього середовища з метою отримання інформації про здоров'язбережувальні технології, принципи здорового способу життя, причини виникнення та запобігання шкільного травматизму.

2.2. За безпосередньої участі спеціалістів навчально- тренінгового центру та педагогічного колективу школи сприяти формуванню в учнів потреби ціннісного ставлення до власного здоров'я, культури здоров'я та принципів безпечної поведінки.

2.3. Сторони погодились координувати, у межах своєї компетенції, процеси реалізації окремих проектів, програм, планів, які спільно розроблять та впровадять з метою забезпечення збереження життя і здоров'я дітей.

2.4. Керуючись принципами відкритості, Сторони погодились здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу щодо причин виникнення та запобігання шкільного травматизму,

особливостей надання комплексної допомоги з профілактики соціально-небезпечних захворювань, сприяння захисту прав дітей.

2.5. Сторони домовились розробити графік проведення та визначити відповідальних осіб з організацію та проведення інформаційно-просвітницьких заходів, практичних занять з профілактики шкільного травматизму.

2.6. Серед учнів школи та їх батьків проводити широку роз'яснювальну роботу щодо правил безпечної поведінки та здоров'збережувальних методів профілактики шкільного травматизму.

2.7. Співпраця в інших напрямках на основі взаємної зацікавленості сторін.

3.Зобов'язання вищого навчального закладу

3.1.Вищий навчальний заклад зобов'язується:

3.1.1. Залучати до реалізації завдань та напрямків роботи навчально-тренінгового центру викладачів коледжу, фахівців медичних закладів, спеціалістів громадських організацій, патрульної поліції, представників владних структур, педагогів, батьків, безпосередньо дітей шкільного віку та координувати їх послідовну і організовану роботу.

3.1.2. Спеціалістами навчально-тренінгового центру систематично (відповідно до плану роботи, пори року, вікової категорії учнів) розробляти та проводити цілеспрямовані заходи для забезпечення збереження життя і здоров'я дітей, безпечних умов навчання.

3.1.3. Фахівцями навчально-тренінгового центру постійно проводити моніторинг ситуацій з питань шкільного травматизму; надавати рекомендації щодо виконання програм (інструкцій) безпечної поведінки учасників навчально-виховного процесу .

3.1.4. Допомогати викладачам шкіл у проведенні занять з учнями та їх батьками щодо формування принципів здорового способу життя, надавати можливість користуватися бібліотечним фондом коледжу, навчальними кімнатами з догляду за пацієнтами.

3.1.5. Спеціалістам навчально-тренінгового центру систематично(за планом роботи) проводити семінари, тренінги, заняття з метою забезпечення кваліфікованих знань, вмінь та практичних навичок домедичної допомоги та здорового способу життя.

3.1.6. Систематично організовувати зустрічі фахівців навчально-тренінгового центру та викладачів шкіл, узгоджуваги матеріали навчальних занять, інструкцій, рекомендацій та подавати свої пропозиції щодо їх удосконалення.

3.1.7. На принципах компетентнісного підходу, під час занять, майстер-класів і тренінгів ефективно доносити учням валеологічні знання і вміння щодо захисту особистого життя від впливу негативних факторів зовнішнього середовища.

4.Зобов'язання закладу загальної середньої освіти

4.1. Заклад загальної середньої освіти зобов'язується:

4.1.1. Створювати належні умови для забезпечення проведення фахівцями навчально-тренінгового центру теоретичних, практичних, позакласних занять з питань профілактики шкільного травматизму.

4.1.2. Розробляти плани, тематику, рекомендації щодо проведення бесід з батьками та членами педагогічного колективу з питань безпечних умов навчання школярів, захисту їх прав та виховання в учнів ціннісного ставлення до власного здоров'я.

4.1.3. Систематично проводити заходи з учнями різних класів та викладачами з питань підтримки оптимального освітнього середовища та подальшого його удосконалення для розвитку здорової дитини.

4.1.4. Проводити виховні, позакласні заходи, семінари з питань формування умінь оцінювати та адекватно реагувати на ризики для життя та здоров'я свого і оточуючих.

4.1.5. Розробляти тематику для організації та проведення майстер-класів з учнями різних вікових груп по формуванню необхідних знань, практичних навичок і вмінь вести здоровий спосіб життя, зберігати власне здоров'я.

4.1.6. Проводити на виховних годинах, заняттях з основ здоров'я перегляд відеофільмів, огляд спеціальної літератури з метою формування в учнів потреби свідомого ставлення до свого здоров'я.

4.1.7. Проводити бесіди, роз'яснення, надавати рекомендації щодо необхідності забезпечення системності, послідовності і наступності у впровадженні здоров'язберігаючих технологій у початковій, середній та старшій школі.

4.1.8. Залучати учнів старших класів до участі у проведенні майстер-класів, практичних тренінгів з питань домедичної допомоги потерпілим під час навчального процесу.

5. Організаційні основи взаємодії Сторін

5.1. Для належної координації дій Сторін щодо цього Договору та вирішення поточних питань співробітництва, Сторони визначають осіб, відповідальних за забезпечення постійної і регулярної взаємодії:

від Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.Й.Мухіна – Бондарь Світлана Олександрівна,

від Опорний навчальний заклад "Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів імені І.Г. Ткаченка Знам'янської районної ради Кіровоградської області" - Бойчук Сергій Якимович

6. Відповідальність Сторін та порядок вирішення спорів.

6.1. Сторони несуть відповідальність за діяльність у рамках цього Договору в межах взятих на себе зобов'язань і в порядку, передбаченому законодавством України.

6.2. Усі спірні питання, які виникають між сторонами, вирішуються шляхом переговорів з урахуванням прав та інтересів Сторін.

7. Інші умови

7.1. Хід та результати виконання цього договору щорічно розглядаються на спільному засіданні представників Кіровоградського медичного коледжу та Опорний навчальний заклад "Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів імені І.Г. Ткаченка Знам'янської районної ради Кіровоградської області"

7.2. Перелік видів співпраці й обов'язків Сторін не є вичерпним і може бути доповнений або переглянутий за згодою Сторін, що оформляється додатковими угодами.

7.3. Цей Договір вважається укладеним і набирає чинності з моменту його підписання Сторонами та скріплення підписів печатками.

7.4. Термін дії цього договору починає свій перебіг у момент, визначений у п.6.3. цього Договору та діє протягом трьох років.

7.5. Якщо жодна із сторін в письмовій формі не заявила про намір припинити дію цього Договору, то він вважається продовженим на наступний рік.





7.6. Кожна із сторін за власним бажанням може розірвати цей Договір в односторонньому порядку, попередивши про це іншу Сторону у письмовій формі за 30 календарних днів до дати, з якої пропонується припинити Договір.

7.7. Даний договір не передбачає жодних фінансових зобов'язань сторін.

7.8. Зміни і доповнення до цього Договору, а також усі додаткові угоди, додатки до нього вважаються дійсними лише в тому випадку, якщо вони мають письмову форму і підписані уповноваженими представниками обох Сторін та скріплені їх печатками.

7.9. Цей договір складений при повному розумінні Сторонами його умов і термінології українською мовою у двох ідентичних примірниках, які мають однакову юридичну силу, – по одному для кожної із сторін.

8.Юридичні адреси та підписи Сторін

<p>Вищий навчальний заклад Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна 25015, м. Кропивницький, Студентський бульвар, буд. 16 тел.: (0522) 24-96-17 р/р 35411012030734 в ГУДСКУ Кіровоградської області у м. Кіровограді МФО 823016 Код ЄДРНОУ 02011396</p> <p>Директор  С.О. Бондарь М.П. </p>	<p>Заклад загальної середньої освіти Опорний навчальний заклад "Богданівська загальноосвітня школа I-III ступенів ім. І.Г. Ткаченка Знам'янської районної ради Кіровоградської області вул. Миру, 14 Знам'янський район Кіровоградська область 27431</p> <p>Директор  С.Я. Бойчук М.П. </p>
--	--

ДОГОВІР

про співпрацю

м. Кропивницький

«14» зр 2017 р.

Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, (далі – вищий навчальний заклад) в особі директора Бондарь Світлани Олександрівни, що діє на підставі Статуту, з одного боку, та КЗ "Навчально-виховне об'єднання - "Спеціалізований загальноосвітній навчальний заклад I ступеня "Гармонія" - Гімназія імені Тараса Шевченка - Центр позашкільного виховання "Контакт" міської ради міста Кропивницького Кіровоградської області (далі – заклад загальної середньої освіти), в особі директора Войни Галини Георгіївна, що діє на підставі Статуту, з іншого боку, разом іменовані як «Сторони», уклали між собою цей Договір про наступне:

1. Предмет договору

1.1. Відповідно до умов цього Договору Сторони зобов'язуються співпрацювати в напрямку:

1.1.1. Встановити загальні принципи взаємовідносин Сторін для координації спільної діяльності у проведенні моніторингу шкільного травматизму, ефективному використанні отриманих результатів для проведення навчально-тренінгових занять із залученням педагогічних кадрів та навчальної бази обох сторін.

1.1.2. Поглиблювати співпрацю спеціалістів навчально-тренінгового центру з учителями шкільної освіти у напрямку ефективності та результативності формування здоров'язбережувальної поведінки учнів.

1.1.3. Формувати принципи валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навички безпечної поведінки на засадах інноваційних тренінгових технологій навчання.

1.1.4. На засадах спільної праці розробити методики та практикувати розвиток і широке використання нових моделей комплексного підходу, інтенсивних, інтерактивних педагогічних методів і прийомів у формуванні здоров'язбережувальної поведінки учнів.

2. Напрямки взаємної співпраці

2.1 Сторони спільно працюватимуть над удосконаленням освітнього середовища з метою отримання інформації про здоров'язбережувальні технології, принципи здорового способу життя, причини виникнення та запобігання шкільного травматизму.

2.2. За безпосередньої участі спеціалістів навчально- тренінгового центру та педагогічного колективу школи сприяти формуванню в учнів потреби ціннісного ставлення до власного здоров'я, культури здоров'я та принципів безпечної поведінки.

2.3. Сторони погодились координувати, у межах своєї компетенції, процеси реалізації окремих проектів, програм, планів, які спільно розроблять та впровадять з метою забезпечення збереження життя і здоров'я дітей.

2.4. Керуючись принципами відкритості, Сторони погодились здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу щодо причин виникнення та запобігання шкільного травматизму,

особливостей надання комплексної допомоги з профілактики соціально-небезпечних захворювань, сприяння захисту прав дітей.

2.5. Сторони домовились розробити графік проведення та визначити відповідальних осіб за організацію та проведення інформаційно-просвітницьких заходів, практичних занять з профілактики шкільного травматизму.

2.6. Серед учнів школи та їх батьків проводити широку роз'яснювальну роботу щодо правил безпечної поведінки та здоров'збережувальних методів профілактики шкільного травматизму.

2.7. Співпраця в інших напрямках на основі взаємної зацікавленості сторін.

3.Зобов'язання вищого навчального закладу

3.1.Вищий навчальний заклад зобов'язується:

3.1.1. Залучати до реалізації завдань та напрямків роботи навчально-тренінгового центру викладачів коледжу, фахівців медичних закладів, спеціалістів громадських організацій, патрульної поліції, представників владних структур, педагогів, батьків, безпосередньо дітей шкільного віку та координувати їх послідовну і організовану роботу.

3.1.2. Спеціалістами навчально-тренінгового центру систематично (відповідно до плану роботи, пори року, вікової категорії учнів) розробляти та проводити цілеспрямовані заходи для забезпечення збереження життя і здоров'я дітей, безпечних умов навчання.

3.1.3. Фахівцями навчально-тренінгового центру постійно проводити моніторинг ситуацій з питань шкільного травматизму; надавати рекомендації щодо виконання програм (інструкцій) безпечної поведінки учасників навчально-виховного процесу .

3.1.4. Допомогати викладачам шкіл у проведенні занять з учнями та їх батьками щодо формування принципів здорового способу життя, надавати можливість користуватися бібліотечним фондом коледжу, навчальними кімнатами з догляду за пацієнтами.

3.1.5. Спеціалістам навчально-тренінгового центру систематично(за планом роботи) проводити семінари, тренінги, заняття з метою забезпечення кваліфікованих знань, вмінь та практичних навичок домедичної допомоги та здорового способу життя.

3.1.6. Систематично організовувати зустрічі фахівців навчально-тренінгового центру та викладачів шкіл, узгоджувати матеріали навчальних занять, інструкцій, рекомендацій та подавати свої пропозиції щодо їх удосконалення.

3.1.7. На принципах компетентнісного підходу, під час занять, майстер-класів і тренінгів ефективно доносити учням валеологічні знання і вміння щодо захисту особистого життя від впливу негативних факторів зовнішнього середовища.

4.Зобов'язання закладу загальної середньої освіти

4.1.Заклад загальної середньої освіти зобов'язується:

4.1.1. Створювати належні умови для забезпечення проведення фахівцями навчально-тренінгового центру теоретичних, практичних, позакласних занять з питань профілактики шкільного травматизму.

4.1.2. Розробляти плани, тематику, рекомендації щодо проведення бесід з батьками та членами педагогічного колективу з питань безпечних умов навчання школярів, захисту їх прав та виховання в учнів ціннісного ставлення до власного здоров'я.

4.1.3. Систематично проводити заходи з учнями різних класів та викладачами з питань підтримки оптимального освітнього середовища та подальшого його удосконалення для розвитку здорової дитини.

4.1.4. Проводити виховні, позакласні заходи, семінари з питань формування умінь оцінювати та адекватно реагувати на ризики для життя та здоров'я свого і оточуючих.

4.1.5. Розробляти тематику для організації та проведення майстер-класів з учнями різних вікових груп по формуванню необхідних знань, практичних навичок і вмінь вести здоровий спосіб життя, зберігати власне здоров'я.

4.1.6. Проводити на виховних годинах, заняттях з основ здоров'я перегляд відеофільмів, огляд спеціальної літератури з метою формування в учнів потреби свідомого ставлення до свого здоров'я.

4.1.7. Проводити бесіди, роз'яснення, надавати рекомендації щодо необхідності забезпечення системності, послідовності і наступності у впровадженні здоров'язберігаючих технологій у початковій, середній та старшій школі.

4.1.8. Залучати учнів старших класів до участі у проведенні майстер-класів, практичних тренінгів з питань домедичної допомоги потерпілим під час навчального процесу.

5. Організаційні основи взаємодії Сторін

5.1. Для належної координації дій Сторін щодо цього Договору та вирішення поточних питань співробітництва, Сторони визначають осіб, відповідальних за забезпечення постійної і регулярної взаємодії:

від Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.Й.Мухіна – Бондарь Світлана Олександрівна,

від КЗ "Навчально-виховне об'єднання - "Спеціалізований загальноосвітній навчальний заклад I ступеня "Гармонія" - Гімназія імені Тараса Шевченка - Центр позашкільного виховання "Контакт" міської ради міста Кропивницького Кіровоградської області – Война Галина Георгіївна

6. Відповідальність Сторін та порядок вирішення спорів.

6.1. Сторони несуть відповідальність за діяльність у рамках цього Договору в межах взятих на себе зобов'язань і в порядку, передбаченому законодавством України.

6.2. Усі спірні питання, які виникають між сторонами, вирішуються шляхом переговорів з урахуванням прав та інтересів Сторін.

7. Інші умови

7.1. Хід та результати виконання цього договору щорічно розглядаються на спільному засіданні представників Кіровоградського медичного коледжу та КЗ "Навчально-виховне об'єднання - "Спеціалізований загальноосвітній навчальний заклад I ступеня "Гармонія" - Гімназія імені Тараса Шевченка - Центр позашкільного виховання "Контакт" міської ради міста Кропивницького Кіровоградської області

7.2. Перелік видів співпраці й обов'язків Сторін не є вичерпним і може бути доповнений або переглянутий за згодою Сторін, що оформляється додатковими угодами.

7.3. Цей Договір вважається укладеним і набирає чинності з моменту його підписання Сторонами та скріплення підписів печатками.

7.4. Термін дії цього договору починає свій перебіг у момент, визначений у п.6.3. цього Договору та діє протягом трьох років.

7.5. Якщо жодна із сторін в письмовій формі не заявила про намір припинити дію цього Договору, то він вважається продовженим на наступний рік.

7.6. Кожна із сторін за власним бажанням може розірвати цей Договір в односторонньому порядку, попередивши про це іншу Сторону у письмовій формі за 30 календарних днів до дати, з якої пропонується припинити Договір.

7.7. Даний договір не передбачає жодних фінансових зобов'язань сторін.

7.8. Зміни і доповнення до цього Договору, а також усі додаткові угоди, додатки до нього вважаються дійсними лише в тому випадку, якщо вони мають письмову форму і підписані уповноваженими представниками обох Сторін та скріплені їх печатками.

7.9. Цей договір складений при повному розумінні Сторонами його умов і термінології українською мовою у двох ідентичних примірниках, які мають однакову юридичну силу, – по одному для кожної із сторін.

8. Юридичні адреси та підписи Сторін

Вищий навчальний заклад


Кіровоградський медичний
коледж ім. Є.Й. Мухіна
25015, м. Кропивницький,
Студентський бульвар, буд. 16
тел.: (0522) 24-96-17
р/р 35411012030734 в ГУДСКУ
Кіровоградської області у
м. Кіровограді
МФО 823016
Код ЄДРПОУ 02011396

Директор  С.О. Бондарь
М.П.



Заклад загальної середньої освіти

КЗ «Навчально-виховне об'єднання
"Спеціалізований загальноосвітній
навчальний заклад I ступеня
"Гармонія" – Гімназія ім. Т.Шевченка
ЦПЗВ "Контакт"
Кіровоградської міської ради
Кіровоградської області»
25006, м. Кропивницький
вул. В. Чорновола, 15

Директор  Г.Г. Война
М.П.



ДОГОВІР про співпрацю

м. Кропивницький

« 04 » серпня 2017 р.

Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, (далі – вищий навчальний заклад) в особі директора Бондарь Світлани Олександрівни, що діє на підставі Статуту, з одного боку, та КЗ "Олександрівське НВО №2 " Олександрівської районної ради Кіровоградської області (далі – заклад загальної середньої освіти), в особі директора Зінченко Олександра Володимировича, що діє на підставі Статуту, з іншого боку, разом іменовані як «Сторони», уклали між собою цей Договір про наступне:

1. Предмет договору

1.1. Відповідно до умов цього Договору Сторони зобов'язуються співпрацювати в напрямку:

1.1.1. Встановити загальні принципи взаємовідносин Сторін для координації спільної діяльності у проведенні моніторингу шкільного травматизму, ефективному використанні отриманих результатів для проведення навчально-тренінгових занять із залученням педагогічних кадрів та навчальної бази обох сторін.

1.1.2. Поглиблювати співпрацю спеціалістів навчально-тренінгового центру з учителями школи у напрямку ефективності та результативності формування здоров'язбережувальної поведінки учнів.

1.1.3. Формувати принципи валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій, навички безпечної поведінки на засадах інноваційних тренінгових технологій навчання.

1.1.4. На засадах спільної праці розробити методики та практикувати розвиток і широке використання нових моделей комплексного підходу, інтенсивних, інтерактивних педагогічних методів і прийомів у формуванні здоров'язбережувальної поведінки учнів.

2. Напрямки взаємної співпраці

2.1 Сторони спільно працюватимуть над удосконаленням освітнього середовища з метою отримання інформації про здоров'язбережувальні технології, принципи здорового способу життя, причини виникнення та запобігання шкільного травматизму.

2.2. За безпосередньої участі спеціалістів навчально- тренінгового центру та педагогічного колективу школи сприяти формуванню в учнів потреби ціннісного ставлення до власного здоров'я, культури здоров'я та принципів безпечної поведінки.

2.3. Сторони погодилися координувати, у межах своєї компетенції, процеси реалізації окремих проектів, програм, планів, які спільно розроблять та впровадять з метою забезпечення збереження життя і здоров'я дітей.

2.4. Керуючись принципами відкритості, Сторони погодилися здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу щодо причин виникнення та запобігання шкільного травматизму,

особливостей надання комплексної допомоги з профілактики соціально-небезпечних захворювань, сприяння захисту прав дітей.

2.5. Сторони домовились розробити графік проведення та визначити відповідальних осіб за організацію та проведення інформаційно-просвітницьких заходів, практичних занять з профілактики шкільного травматизму.

2.6. Серед учнів школи та їх батьків проводити широку роз'яснювальну роботу щодо правил безпечної поведінки та здоров'язберезувальних методів профілактики.

2.7. Співпраця в інших напрямках на основі взаємної зацікавленості сторін.

3.Зобов'язання вищого навчального закладу

3.1.Вищий навчальний заклад зобов'язується:

3.1.1. Залучати до реалізації завдань та напрямків роботи навчально-тренінгового центру викладачів коледжу, фахівців медичних закладів, спеціалістів громадських організацій, патрульної поліції, представників владних структур, педагогів, батьків, безпосередньо дітей шкільного віку та координувати їх послідовну і організовану роботу.

3.1.2. Спеціалістами навчально-тренінгового центру систематично (відповідно до плану роботи, пори року, вікової категорії учнів) розробляти та проводити цілеспрямовані заходи для забезпечення збереження життя і здоров'я дітей, безпечних умов навчання.

3.1.3. Фахівцями навчально-тренінгового центру постійно проводити моніторинг ситуацій з питань шкільного травматизму; надавати рекомендації щодо виконання програм (інструкцій) безпечної поведінки учасників навчально-виховного процесу .

3.1.4. Допомогати викладачам шкіл у проведенні занять з учнями та їх батьками щодо формування принципів здорового способу життя, надавати можливість користуватися бібліотечним фондом коледжу, навчальними кімнатами з догляду за пацієнтами.

3.1.5. Спеціалістам навчально-тренінгового центру систематично(за планом роботи) проводити семінари, тренінги, заняття з метою забезпечення кваліфікованих знань, вмінь та практичних навичок домедичної допомоги та здорового способу життя.

3.1.6. Систематично організовувати зустрічі фахівців навчально-тренінгового центру та викладачів шкіл, узгоджувати матеріали навчальних занять, інструкцій, рекомендацій та подавати свої пропозиції щодо їх удосконалення.

3.1.7. На принципах компетентнісного підходу, під час занять, майстер-класів і тренінгів ефективно доносити учням валеологічні знання і вміння щодо захисту особистого життя від впливу негативних факторів зовнішнього середовища.

4.Зобов'язання закладу загальної середньої освіти

4.1.Заклад загальної середньої освіти зобов'язується:

4.1.1. Створювати належні умови для забезпечення проведення фахівцями навчально-тренінгового центру теоретичних, практичних, позакласних занять з питань профілактики шкільного травматизму.

4.1.2. Розробляти плани, тематику, рекомендації щодо проведення бесід з батьками та членами педагогічного колективу з питань безпечних умов навчання школярів, захисту їх прав та виховання в учнів ціннісного ставлення до власного здоров'я.

4.1.3. Систематично проводити заходи з учнями різних класів та викладачами з питань підтримки оптимального освітнього середовища та подальшого його удосконалення для розвитку здорової дитини.

4.1.4. Проводити виховні, позакласні заходи, семінари з питань формування умінь оцінювати та адекватно реагувати на ризики для життя та здоров'я свого і оточуючих.

4.1.5. Розробляти тематику для організації та проведення майстер-класів з учнями різних вікових груп по формуванню необхідних знань, практичних навичок і вмінь вести здоровий спосіб життя, зберігати власне здоров'я.

4.1.6. Проводити на виховних годинах, заняттях з основ здоров'я перегляд відеофільмів, огляд спеціальної літератури з метою формування в учнів потреби свідомого ставлення до свого здоров'я.

4.1.7. Проводити бесіди, роз'яснення, надавати рекомендації щодо необхідності забезпечення системності, послідовності і наступності у впровадженні здоров'язберігаючих технологій у початковій, середній та старшій школі.

4.1.8. Залучати учнів старших класів до участі у проведенні майстер-класів, практичних тренінгів з питань домедичної допомоги потерпілим під час навчального процесу.

5. Організаційні основи взаємодії Сторін

5.1. Для належної координації дій Сторін щодо цього Договору та вирішення поточних питань співробітництва, Сторони визначають осіб, відповідальних за забезпечення постійної і регулярної взаємодії:

від Кіровоградського медичного коледжу ім. Є.Й.Мухіна – Бондарь Світлана Олександрівна,

від КЗ "Олександрівське НВО №2" Олександрівської районної ради Кіровоградської області – Зінченко Олександр Володимирович

6. Відповідальність Сторін та порядок вирішення спорів.

6.1. Сторони несуть відповідальність за діяльність у рамках цього Договору в межах взятих на себе зобов'язань і в порядку, передбаченому законодавством України.

6.2. Усі спірні питання, які виникають між сторонами, вирішуються шляхом переговорів з урахуванням прав та інтересів Сторін.

7. Інші умови

7.1. Хід та результати виконання цього договору щорічно розглядаються на спільному засіданні представників Кіровоградського медичного коледжу та КЗ "Олександрівське НВО №2" Олександрівської районної ради Кіровоградської області

7.2. Перелік видів співпраці й обов'язків Сторін не є вичерпним і може бути доповнений або переглянутий за згодою Сторін, що оформляється додатковими угодами.

7.3. Цей Договір вважається укладеним і набирає чинності з моменту його підписання Сторонами та скріплення підписів печатками.

7.4. Термін дії цього договору починає свій перебіг у момент, визначений у п.6.3. цього Договору та діє протягом трьох років.

7.5. Якщо жодна із сторін в письмовій формі не заявила про намір припинити дію цього Договору, то він вважається продовженим на наступний рік.

7.6. Кожна із сторін за власним бажанням може розірвати цей Договір в односторонньому порядку, попередивши про це іншу Сторону у письмовій формі за 30 календарних днів до дати, з якої пропонується припинити Договір.

7.7. Даний договір не передбачає жодних фінансових зобов'язань сторін.

7.8. Зміни і доповнення до цього Договору, а також усі додаткові угоди, додатки до нього вважаються дійсними лише в тому випадку, якщо вони мають письмову форму і підписані уповноваженими представниками обох Сторін та скріплені їх печатками.

7.9. Цей договір складений при повному розумінні Сторонами його умов і термінології українською мовою у двох ідентичних примірниках, які мають однакову юридичну силу, – по одному для кожної із сторін.

8.Юридичні адреси та підписи Сторін

Вищий навчальний заклад

Кіровоградський медичний
коледж ім. Є.Й. Мухіна
25015, м. Кропивницький,
Студентський бульвар, буд. 16
тел.: (0522) 24-96-17
р/р 35411012030734 в ГУДСКУ
Кіровоградської області у
м. Кіровограді
МФО 823016
Код ЄДРПОУ 02011396

Директор  С.О. Бондарь
М.П.



Заклад загальної середньої освіти

КЗ "Олександрівське НВО №2 " –
Олександрівської районної ради
Кіровоградської області»
вул. Незалежності України, 89
смт Олександрівка
Олександрівський район
Кіровоградська область

Директор  О.В.Зінченко
М.П.



Додаток С

Шановний експерте!

Висловіть, будь ласка, свою думку щодо «Удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів на регіональному рівні» і просимо оцінити її за десятибальною шкалою на підставі запропонованих критеріїв.

№ п/п	ПАРАМЕТРИ ОЦІНКИ	БАЛИ
1	Комплексність запропонованих нововведень	
2	Системність запропонованих нововведень	
3	Профілактична спрямованість	
4	Етапність профілактичних заходів	
5	Взаємодія між всіма зацікавленими сторонами	
6	Важливість залучення поліцейських	
7	Важливість залучення старшокласників та студентів медичного коледжу	
8	Важливість залучення психолога	
9	Доступність	
10	Наступність та етапність профілактики	
11	Соціальна ефективність	
12	Медична ефективність	
13	Економічна ефективність	
14	Сприяння розвитку взаємодопомоги, добровільному волонтерству	
15	Доцільність створення навчально-тренінгового центру	
16	Модель в цілому	

Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта _____ Вік _____

Місце роботи _____

Посада _____

Стаж роботи в галузі _____, в т.ч. по теперішній спеціальності _____

Кваліфікаційна категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

Дякуємо за допомогу; прохання надсилати відомості за адресою:

25015, м. Кропивницький, Студентський бульвар, 16

Дата _____

Підпис _____

Додаток Т

Список експертів, які надали оцінку ефективності удосконаленої моделі профілактики травматизму у школярів

№	ПІБ	Місце роботи, посада	Наук. ступінь, звання	Кваліф. Категор.
1	Белікова І.В.	Українська медична стоматологічна академія, доцент кафедри соціальної медицини	к.мед.н., доцент	
2	Білоброва О.С.	Управління патрульної поліції в Кіровоградській області, нач.від. зв'язків з громадськістю УПП	-	ст.лейтенант
3	Бойко М.С.	КВНЗ «Олександрійський медичний коледж», директор	-	вища
4	Бойчук С.Я.	ОНЗ «Богданівська ЗШ І-Шст. ім.І.Г. Ткаченка», директор	-	вища
5	Бондаренко Л.О.	НВО № 35 м. Кропивницький, директор	-	друга
6	Варіченко О.В.	Управління патрульної поліції в Кіровоградській області, старший інспектор ВЗГ	-	ст.лейтенант
7	Вовк Л.Г.	ВНКЗ ЛОР «Львівський медичний коледж післядипломної освіти», директор	к. істор. наук	вища
8	Война Г.Г.	НВО-гімназія ім. Т.Шевченка, директор	к.н. з держ. управління	вища
9	Голованова І.А.	Українська медична стоматологічна академія, каф. соціальної медицини, зав. кафедри	д.мед.н., професор	вища
10	Горбенко Н.І.	Департамент ОЗ Кіровоградської ОДА, заступник директора	к.мед.н.	вища
11	Гребіляк О.М.	Українська медична стоматологічна академія, викладач кафедри соціальної медицини	-	
12	Данильченко К.О.	БО «100 відсотків життя. Кропивницький, директор виконавчий	-	
13	Децик О.З.	Івано-Франківський національний медичний університет, зав.каф.соц.мед. та гром. здоров'я	д.мед.н., професор	вища
14	Догаров О.В.	Департамент соц. захисту населення Кіровоградської ОДА, директор	-	
15	Железна Т.	КЗ «Кіровоградський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти ім.В.Сухомлинського», зав.наук.-мет. лабораторії основ здоров'я , охорони праці	к.пед.н.	вища
16	Збанацький В.В.	ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України, заст. ген. директора	-	
17	Зінчук А.М.	Українська медична стоматологічна академія, доцент кафедри гром. здоров'я та управління ОЗ	к.мед.н., доцент	вища
18	Зінченко О.В.	КЗ «Олександрівська НВО №2, директор	-	вища
19	Золотарьова Т.М.	Івано-Франківський національний медичний університет, доцент кафедри соц.мед. і громадського здоров'я	к.мед.н., доцент	
20	Іванченко Л.О.	КНП «Онуфріївська ЦРЛ», директор	-	вища
21	Карпінець І.М.	Івано-Франківський національний медичний університет, доцент кафедри соц. мед. і	к.мед.н., доцент	вища

		громадського здоров'я		
22	Касьяненко І.І.	ДУ «Кіровоградський обласний лабораторний центр МОЗ України», директор	-	вища
23	Кавтун М.І.	Харківський національний медичний університет, доцент кафедри громадського здоров'я УОЗ	д.мед.н., доцент	вища
24	Кольцова Н.І.,	Івано-Франківський національний медичний університет, професор кафедри	д.мед.н., професор	
25	Короп О.А.	Харківська мед. академія післядипломної освіти, професор каф. соц. мед., управління та бізнесу в ОЗ	д.мед.н., професор	перша
26	Крамаренко Л.М.	КНП «Устинівська ЦРЛ», головний лікар	-	вища
27	Краснова О.І.	Українська медична стоматологічна академія, кафедра соц. мед. організації та економіки ОЗ, викладач	-	
28	Костріков А.В.	Українська медична стоматологічна академія, каф. соц. мед., доцент	к.мед.н., доцент	вища
29	Кузьменко А.Г.	КВНЗ «Лубенське мед. училище Полтавської області», директор	-	вища
30	Ляхова Н.О.	Українська медична стоматологічна академія, викладач кафедри соц. мед. організації та економіки ОЗ	-	
31	Макарук І.М.	КНП «Обласний клінічний онкологічний центр Кіровоградської облради», директор медичний	Заслуже. лікар України	вища
32	Малик С.С.	КВНЗ «Кременчуцький мед. коледж ім. В.Литвиненка» Полтавської обл.ради, директор	-	вища
33	Мельниченко О.А.	Харківський національний медичний університет, професор кафедри громадського здоров'я та управління ОЗ	д.наук з держ. упр., професор	
34	Митник З.М.	Івано-Франківський національний медичний університет, професор каф. соц.мед. та гр. здоров'я	д.мед.н., професор	вища
35	Михида С.П.	Центральноукраїнський державний педагогічний університет ім. В.Винниченка, проректор з наукової роботи	д.філ.н., професор	
36	М'якіна О.В.	Харківський національний медичний університет, доцент кафедри	к.мед.н., доцент	перша
37	Овчаренко О.М.	Українська медична стоматологічна академія, каф. соц. мед., доцент	к. екон.н., доцент	
38	Огнєв В.А.	Харківський національний медичний університет, зав. каф. громадського здоров'я	д.мед.н., професор	
39	Попович М.Ю.	КНП «Кіровоградський обласний шкірно-венерологічний диспансер обласної ради», головний лікар	-	вища
40	Плужнікова Т.	Українська медична стоматологічна академія, к.мед.н., ст. викладач кафедри	к.мед.н.,	
41	Радул В.В.	Центральноукраїнський державний педагогічний університет ім. В.Винниченка, зав. каф. педагогіки та менеджменту освіти	д.пед.н., професор	

42	Рибальченко О.М.	Департамент ОЗ Кіровоградської ОДА, директор	-	вища
43	Сидоренко П.І.	Донецький національний медичний університет, декан медичного факультету №2	к.мед.н., доцент	вища
44	Синенко О.А.	Полтавський базовий мед. коледж, директор	к.мед.н.	вища
45	Скрипник О.А.	Департамент ОЗ Кіровоградської ОДА, заст. директора	к.н. з держ.управ	вища
46	Сокол К.М.	Харківський національний медичний університет, професор каф. громадського здоров'я та управління ОЗ	к.мед.н., професор	вища
47	Стовбаш І.В.	Івано-Франківський національний медичний університет кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я, доцент	к.мед.н., доцент	перша
48	Сухомлин Г.М.	КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр Кіровоградської ОР», головний лікар	к.мед.н.,	вища
49	Сябрєнко Г.П.	КНП «Обласний клінічний госпіталь ВВ КОР», головний лікар	к.мед.н.	вища
50	Таборанський В.П.	Управління освіти, науки, молоді та спорту Кіровоградської ОДА, начальник	к. істор. наук	
51	Товстяк М. М.	Українська медична стоматологічна академія, викладач	к.пед.н.	
52	Урсол Г.М.	ПП ПВФ «Ацинус», генеральний директор	к.мед.н., доцент	вища
53	Усенко С.Г.	Харківський національний медичний університет кафедра громадського здоров'я та управління ОЗ, доцент	к.мед.н., доцент	вища
54	Федорова Ю.В.	КЗ «Кіровоградський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені В.Сухомлинського, зав. наук.-метод. лабораторії	к.пед.н.	
55	Федорків Н.Б.	Івано-Франківський національний медичний університет, доцент кафедри соц. мед. та гром. здоров'я	к.мед.н., доцент	перша
56	Харченко Н.В.	Українська медична стоматологічна академія, каф. соц. мед., доцент	д. е.н., доцент	
57	Хорощак В.Д.	КНП «Обласна клінічна дитяча лікарня Кіровоградської обл.ради»	-	вища
58	Ціхонь З.О.	Івано-Франківський національний медичний університет, доцент каф. соц. мед. та гром. здор.	к.мед.н., доцент	вища
59	Цюцюра А.І.	Управління патрульної поліції в Кіровоградській області, начальник управління	-	капітан поліції
60	Шатна Л.Ф.	Управління освіти, науки, молоді та спорту Кіровоградської ОДА, заст. начальника	Заслуж. працівник освіти України	
61	Янішевський В.С.	Управління ДСНС України у Кіровоградській області, заст. начальника	-	
62	Ярова О.В.	НВК СЗНЗ № 26, директор	-	вища



**КІРОВОГРАДСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ**

вул. В.Черновола, 38, м.Кропивницький-22, 25022, тел. 22-28-37, факс 22-35-64,
e-mail: public@gutszn.kr-admin.gov.ua, код в ЄДРПОУ 03197612

№ _____
на № _____ від _____

**Директору Кіровоградського
медичного коледжу
ім. Є.Й. Мухіна
Бондарь С.О.**

Про виконання наказу

Шановна пані Світлано!

На виконання Спільного наказу за №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09 серпня 2018 року «Про створення навчально - тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі ім. Є.Й.Мухіна» департамент соціального захисту населення облдержадміністрації повідомляє, що протягом літніх канікул (липень-серпень 2019р.) працівниками НТЦ з метою формування валеологічного світогляду, здорового способу життя, здоров'язберігаючих компетенцій та формування вміння оцінювати та адекватно реагувати на ризики для власного життя та здоров'я проводилися тренінгові заняття з профілактики дитячого травматизму у дитячих таборах області:

1. ТОВ «Дитячий оздоровчий заклад «Бригантина» смт. Новоархангельск
2. ТОВ «Дитячий заклад оздоровлення та відпочинку «Дружба» Олександрійський р-н, с.Войнівка
3. Дитячий заклад оздоровлення та відпочинку «Жовтень» Олександрівський р-н, с.Бірки
4. Дитячий заклад оздоровлення та відпочинку «Оздоровчий комплекс «Лісова пісня» Маловисківський р-н, с.Оникієво.

З повагою
Заступник директора



Кіровоградська обласна державна адміністрація
Департамент соціального захисту населення

23-03.1-39/4607/0.23 від 04.12.2019



Віталій Юхименко