

Модель-Аффолтер – це концепція терапії для людей із труднощами в організації сприйняття. Концепція базується на розробленій Ф. Аффолтер моделі розвитку. Розвиток та навчання базуються на контакті на рівні відчуттів між особою та оточуючим світом в межах якоїсь із буденних дій. Тобто, на них впливає активність людини, а через неї і світ, який її оточує (люди/предмети). Через різноманітний досвід отримання інформації через щоденні дії дитина отримує знання про оточуючий її світ і одночасно про власне тіло, і це знання поповнюється з кожною дією. Дитина пізнає співвідношення причинно-наслідкового зв'язку, отримує вміння висловлювати гіпотези та будувати очікування, планувати дії та виконувати їх.

Сенсорна інтеграція за Джин Айрес. Американська ерготерапевтка Джин Айрес визначала сенсорну інтеграцію (СІ) так: «Під СІ розуміють такий неврологічний процес, під час якого упорядковуються враження, які ідуть від власного тіла або оточуючого середовища, і який дає можливість людині доцільно використовувати своє тіло в середині власного навколишнього середовища. Мета терапії: можливість для кращого сенсорного засвоєння. Вона має вплив на планування моторики, розподіл сили, якість руху, планування дії, увагу та емоційність.

Концепція Бобат як терапевтичний підхід бере свій початок в роботі д-р. Берти та д-р. Карела (фізіотерапевтки та невролога) Бобатів. Концепція ґрунтується на прийнятті «вміння мозку переорганізовуватись» (гнучкість), тобто : здорові області мозку можуть взяти на себе функції, які до того виконували уражені частини мозку. Дуже часто при травматичних пошкодженнях головного мозку власне контрольні клітини не пошкоджені, а перервані шляхи зв'язку між ними. Ці шляхи повинні прокласти по-новому через підтримку, послідовний супровід і стимуляцію пацієнта усіма тими людьми, хто з ним працює.

Індійський масаж немовляти за Фредеріком Лебуайє. Французький лікар привіз цю техніку масажу в Європу з Індії та описує її у своїй книзі «М'які руки». Масажи стимулюють дихання, регулюють тонус та сприяють кровообігу і, одночасно, вони мають позитивний і розслаблюючий вплив на дитину. Масаж за Фредеріком Лебуайє дає постійно хороші результати у роботі з особами із важкою формою інвалідності, передусім у тих сферах, які стосуються налагодження та підтримки психосоціальних процесів (короткий посібник «Ментальні вади», Г. Тойніссен та ін. 2013).

Ліллі Нільсен: Active Learning Approach (Активне навчання). Ґрунтуючись на досвіді, який вона отримала із своїми чотирма незрячими братиками і сестричками, вона розвинула ідеї для гри, які повинні стимулювати розвиток моторики дитини з інвалідністю. «Вміння рухатись є необхідною передумовою для будь-якого виду навчання» (Нільсен, Л. 2003, Крок за кроком. Раннє навчання дітей із вадами зору та комплексними вадами). Рух повинен вести до сенсорних вражень. «Саме сенсорне сприйняття (тактильне, візуальне, акустичне та на запах) робить для дитини рух доцільним і тим самим стимулює її випробовувати нові рухи».

Снузелен (мультисенсорна стимуляція): Ад Верхейл / Ян Хюлсегге («snuffelen» und «doezelen»): розслаблюючі пропозиції для осіб з важкими та комплексними формами інвалідності. „Під поняттям «снузелен» розуміють свідомо вибрану палітру первинних подразників у приємній атмосфері. б) Снузелен – це первинне активування осіб із важкими формами інвалідності, спрямоване, перед усім, на сприйняття через органи чуття та досвід чуття за допомогою світла, звуків, відчуття, запахів та смаків. с) Снузелен – це створення автентичних можливостей отримати враження від оточуючого середовища для тих, хто є інакшим“ (Хюлсегге & Верхейл, 2005, с. 36).

Тільки тоді, коли людина з важкою формою інвалідності зможе отримувати позитивний досвід того, що її контактна особа реагує відповідними діями на мінімальну активність вираження, вона зможе відчутти себе автономною особистістю, що діє автономно (Андреас Фрьоліх, «Первинна комунікація», 2017).

Грузева Т.С., Замкевич В.Б.

Сучасні тренди вживання алкоголю як підґрунття визначення напрямів протидії

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Аналіз сучасної наукової літератури свідчить про значну поширеність та серйозні наслідки небезпечного і шкідливого вживання алкоголю населенням. Алкогольні проблеми обумовлюють зростання захворюваності, інвалідності і смертності, лягають тяжким економічним тягарем на сім'ї, знижують якість життя людей [1-3].

За даними ВООЗ небезпечно вживання алкоголю призводить до понад 200 різноманітних порушень здоров'я, близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм. Негаразди зі здоров'ям трапляються переважно у людей працездатного віку, призводячи до інвалідності та передчасної смерті. У людей молодого віку до 40 років чверть усіх випадків смерті пов'язані зі шкідливим та нездоровим вживанням алкоголю. Алкоголь складає одну з провідних причин передчасної смертності чоловіків у віці 40-60 років [4-5].

Останнім часом встановлені причинно-наслідкові зв'язки між шкідливим вживанням алкоголю і захворюваністю на такі інфекційні хвороби, як туберкульоз, а також перебігом ВІЛ/СНІД. Крім захворювань, інтоксикацій, інших негативних наслідків для здоров'я шкідливе вживання алкоголю завдає значних соціальних та економічних збитків окремим людям, сім'ям і суспільству в цілому [6-8].

З огляду на ситуацію щодо вживання алкоголю та пов'язаних з ним проблем скорочення його вживання, профілактика алкоголізму і організація медичної допомоги хворим є надзвичайно актуальними завданнями.

Розвиток системи громадського здоров'я в Україні здійснюється за комплексом напрямів, і передбачає, зокрема, проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу та формування бази даних про стан здоров'я населення, середовища життєдіяльності людини за результатами аналізу причин та наслідків впливу на стан здоров'я населення середовища життєдіяльності людини тощо [9]. В країні прийнято Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, який передбачає, серед іншого, боротьбу з небезпечним та шкідливим вживанням алкоголю [10].

В даному контексті важливого значення набуває моніторинг споживання алкоголю, встановлення особливостей, тенденцій та причинно-наслідкових зв'язків, обґрунтування профілактичних заходів та забезпечення необхідної медичної допомоги.

Мета роботи є аналіз тенденцій пов'язаних з алкоголем медичних та соціально-економічних проблем в Україні.

Матеріали і методи. У роботі використано бібліографічний, медико-статистичний та аналітичні методи, метод контент-аналізу. Джерелом інформації стали дані наукової літератури, матеріали ЄРБ ВООЗ, Державної установи «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України», МОЗ України та Державної служби статистики України за 2000-2017 рр.

Результати дослідження. Споживання населенням України алкоголю має свої особливості порівняно з європейськими країнами та суттєву диференціацію в країні між різними регіонами. Аналіз Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» свідчить, що споживання алкоголю в Україні в перерахунку на чистий спирт мало негативну тенденцію до збільшення впродовж 1991-2014 рр. більш ніж на третину. В країнах європейського регіону ВООЗ спостерігалася протилежна тенденція до скорочення споживання алкоголю на 7,5%, а в країнах ЄС - на 13,6%.

Вивчення обсягів споживання різних видів алкоголю також виявило закономірність щодо споживання в Україні переважно міцних алкогольних напоїв, в той час як в європейських країнах переважало споживання вина та пива. різних країнах ЄР ВООЗ. Встановлено, що у 2014 р. населення України споживало в 1,7 разу більше міцних алкогольних напоїв, ніж в країнах ЄР ВООЗ, та в 1,9 разу – ніж в країнах ЄС.

Модель споживання населенням переважно міцних напоїв має несприятливу тенденцію. Порівняння в загальноєвропейському контексті доводить поглиблення негативних тенденцій. У ході його проведення виявлено, що в Україні протягом 1991-2014 рр. спостерігалася зростання споживання населенням міцних напоїв майже на чверть, а саме на 23,5%. У той же час, встановлено позитивну тенденцію до зменшення споживання міцних напоїв в низці європейських країн, а в середньоєвропейський показник зменшився на понад 20%.

Споживання населенням алкогольних напоїв меншої міцності, навпаки, в Україні є меншим порівняно з країнами Європи. В Україні впродовж року пива споживається на 3,0% менше, ніж в середньому в країнах ЄР ВООЗ. Ця різниця є ще суттєвішою, якщо порівняти національний показник з середнім в країнах ЄС, який менший на 20,0%.

Таким чином, обсяги алкогольної продукції, спожитої населенням впродовж року, в Україні визначаються переважно міцними напоями і мають тенденцію до зростання, а в більшості країн ЄР ВООЗ та в ЄС – переважно напоями меншої міцності. Що стосується тенденцій споживання пива, то в Україні цей показник впродовж 1991-2014 рр. збільшився у 2 рази. Натомість, в країнах ЄС за вказаний термін споживання пива на одну людину в рік скоротилося на 11,1%.

Обґрунтовану тривогу викликає той факт, що за експертними висновками, показники споживання алкогольної продукції в Україні за даними офіційних джерел є дещо заниженими. При цьому, значна частина спожитого населенням алкоголю є неврахованою, як то алкоголь нелегального виробництва, фальсифікат тощо.

За Державної служби статистики України та Українського медичного та моніторингового центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України у східних регіонах України споживається у два рази більше алкоголю, ніж у західних регіонах, та в півтора рази більше, ніж в центральних регіонах.

Досліджено динаміку витрат населення України на алкогольні напої. Встановлено, що протягом 2000-2017 рр. частка витрат домогосподарств на алкогольні та тютюнові вироби в структурі сукупних витрат населення збільшилася з 3,0% до 3,5% у 2012-2013 рр. з поступовим зменшенням в наступні роки до 3,1% у 2017 р. В абсолютному виразі відбулося збільшення витрат на придбання алкогольної продукції з 63,2 грн до 72,3 грн в середньому на домогосподарство на місяць серед усіх опитаних домогосподарств, зі 120,6 грн до 135,3 грн серед усіх домогосподарств, що вказали на ці витрати.

Виявлено значну диференціацію вказаних витрат в залежності від місця проживання, складу сім'ї, інших чинників. Так, у міській місцевості алкогольні витрати перевищували аналогічні у сільській в 1,8 разу. Впродовж 2016-2017 рр. витрати в міській місцевості збільшилися на 24,6%, у сільській – на 22,0%. Частка грошових витрат на алкогольні напої варіює в домогосподарствах від 1,5% великих містах до 1% у сільській місцевості.

Економічні ресурси, що виділяються сім'ями на купівлю алкогольної продукції, відрізняються в залежності від чисельності сім'ї. Так, у домогосподарствах з однією особою витрати на алкогольну продукцію у 2017 р. становили 41,9 грн, в домогосподарствах з п'ятьма і більше осіб – 103,9 грн. У відсотковому виразі це близько 1,4% та 1,1% від сукупних грошових витрат. Наявність дітей в сім'ї сприяє зменшенню витрат на алкогольні напої. Виявлено чітку тенденцію до зменшення абсолютних і відносних показників грошових витрат домогосподарств при збільшенні чисельності дітей у них. У домогосподарствах з однією дитиною грошові витрати на алкогольні вироби тричі

перевищують аналогічні витрати в домогосподарствах з п'ятьма дітьми і більше (99,4 грн проти 33,3 грн.). Відповідні частки становили в таких домогосподарствах 1,3% та 0,3%.

Встановлено, що при більшій чисельності в домогосподарствах з дітьми дорослих осіб, збільшувалися місячні грошові витрати на алкоголь. Різниця у витратах домогосподарств на алкогольну продукцію з одним та трьома та більше членами досягала 2 раз (46,4 грн та 90,4 грн відповідно).

Враховуючи вплив вживання алкоголю на виникнення і ускладнення перебігу багатьох хвороб, включаючи передчасну смерть, важливим завданням є дослідження поширеності алкоголезалежної патології серед населення з метою розробки профілактичних заходів. У даному контексті моніторингу підлягають нервово-психіатричні розлади, хвороби системи кровообігу, цироз печінки і рак, ненавмисний і умисний травматизм, вроджені вади розвитку.

Аналіз статистичних даних свідчить, що лише впродовж 2015-2016 рр. захворюваність населення на гострі інтоксикації та розлади психіки внаслідок вживання алкоголю збільшилася на 1,3%. При цьому, захворюваність жителів села була на 23,3% більшою, ніж у жителів міст. У той же час, рівень захворюваності на хронічний алкоголізм зріс на 1,6%. У сільській місцевості захворюваність на хронічні алкогольні синдроми в 1,7 разу перевищувала показник в міській місцевості. Захворюваність населення України на ішемічну хворобу серця впродовж 1991-2017 рр. зросла на 81,5%, гіпертонічну хворобу – на 83,9%, цереброваскулярні хвороби – на 86,8%. Частота виникнення онкологічних захворювань збільшилася на 5,1%.

Висновки. За результатами дослідження встановлено значну поширеність вживання алкогольних напоїв населенням України, модель споживання можна охарактеризувати як шкідливу та небезпечну. Виявлено негативні тренди алкогольної поведінки, у т.ч. збільшення споживання міцних алкогольних напоїв, зростання витрат домогосподарств на їх придбання. Виявлені тренди поведінки супроводжуються зростанням захворюваності на наркологічні, серцево-судинні, онкологічні хвороби, що вимагає обґрунтування заходів протидії у відповідності до основних напрямів державної політики і кращого європейського досвіду.

Список літератури

1. CMO's alcohol guidelines document set. London: Department of Health; 2016 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/490560/List_of_documents_acc.pdf, accessed 31 August 2017).
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224–60 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>).
3. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummond C, Segura L et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the ODHIN five country cluster randomized factorial trial. *Addiction*. 2016;111(11):1935–45.
4. Naimi TS, Blanchette J, Nelson TF, Nguyen T, Oussayef N, Heeren TC et al. A new scale of the US alcohol policy environment and its relationship to binge drinking. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):10–6.
5. Mäkelä P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*. 2009;104(4):554–63.
6. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, Jaramillo E, Dye C. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. *BMC Public Health*. 2008;8(1):289.
7. O'Mara RJ, Thombs DL, Wagenaar AC, Rossheim ME, Merves ML, Hou W et al. Alcohol price and intoxication in college bars. *Alcohol Clin Ex Res*. 2009;33(11):1973–80 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719793>).
8. Schmidt LA, Room R. Alcohol and the process of economic development: contributions from ethnographic research. *Int J Alcohol Drug Res*. 2012;1:41–55.
9. Концепція розвитку системи громадського здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ № 1002-р від 30.11.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – <http://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799>
10. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, затверджений розпорядженням КМУ № 530-р від 26.07.2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – <http://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnogo-planu-zahodiv-shchodo-neinfekciynih-zahvoryuvan-dlya-dosyagnennya-globalnih-cilej-stalogo-rozvitku>

Гузак О.Ю., Сабодан М.В.

Рухливі ігри як засіб реабілітації у дітей з особливими потребами

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання

Щороку в Україні зростає кількість дітей-інвалідів, зокрема з проблемами інтелектуального, мовленнєвого розвитку, з порушеннями зору, слуху, комунікативної поведінки, функцій опорно-рухового апарату. Ці діти є однією з найуразливіших категорій суспільства, а, отже, мають труднощі у процесі пристосування до умов життєдіяльності, оволодіння соціальними нормами й цінностями [4, 5].