

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ІЗ ДІТЬМИ, ХВОРИМИ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Н.О. Івасик, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, ст. викладач кафедри фізичної реабілітації

Львівський державний інститут фізичної культури

Актуальність. Одним із завдань фізичного виховання є сприяння зміцненню здоров'я дітей та їх гармонійному розвитку. Коли дитина, хвора на бронхіальну астму (БА) переходить із стаціонарного лікування на амбулаторне, вона починає працювати за домашньою програмою фізичної реабілітації. Її, за правилами, на основі обстежень складає фізичний реабілітолог.

Основна мета домашньої програми — подовжити стан ремісії, збільшити фізичну працездатність дитини, навчити дітей володіти та керувати своїм диханням, контролювати перебіг захворювання, запобігти виникненню ускладнень. Уроки фізичного виховання повинні допомагати у вирішенні цієї мети.

Мета роботи. Сприяти індивідуалізації реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму за домашньою програмою, на уроках фізичного виховання.

Результати дослідження. Одночасно з випискою зі стаціонару дітям на основі тестування була запропонована домашня програма фізичної реабілітації та рекомендовано з'явитися через 3 місяці для контролю та корекції домашньої програми відповідно до стану дитини на даний момент.

Оскільки, за даними нашого дослідження у 84,2 % дітей було виявлено порушення постави, больові м'язові ущільнення по комірцевій ділянці у 65,4 % дітей, то у заняття, окрім дихальних вправ, повинні включатися вправи, які сприяють розслабленню допоміжних дихальних м'язів, зменшенню (ліквідації), за наявності, больових м'язових ущільнень, підвищенню працездатності, збільшенню толерантності бронхів до фізичного навантаження, довільному керуванню дихання та методиці загартовування.

Щоб зацікавити дітей, хворих на БА, заняттями з фізичної реабілітації, та урізноманітнити самі заняття, доцільно включати рухливі ігри. Можна використовували ігри, які запропонувала для більшості ослаблених дітей Страковская В.Л. (1982), яка згрупувала їх із врахуванням стану дитини, ступеня активності хворобливого процесу (тривалість ремісії захворювання), віку дітей, їх фізичної підготовленості, психічного розвитку, показників функціональних проб серцево-судинної системи.

Ігри I групи — незначні психофізичні навантаження — призначаються у ранні терміни ремісії захворювання — з 1—2 тижня після зменшен-

ня активності хворобливого процесу, зниження його гостроти і при задовільній реакції на функціональні проби з дозованим навантаженням. Вихідні положення дитини при заняттях цими іграми — сидячи на стільчику. Ігри включали короткотривалу ходьбу по кімнаті в повільному та середньому темпі (по 20 сек). Амплітуда руху при цих іграх не велика, при роботі задіяні дрібні та середні м'язи. Для групи великих м'язів застосовують лише елементарні рухи. До цієї групи відносять такі ігри як: «кач-кач», «квітка», «вуха-ніс» тощо [8].

Ігри II групи з помірним психофізичним навантаженням призначаються через 2—3 тижні після зменшення активності хворобливого процесу чи загострення захворювання. Вихідні положення дитини під час гри: сидячи, стоячи, при ходьбі. В ігри можна включати елементи змагань, але направлені лише на збільшення точності, координації рухів (наприклад: «поїзд з кавунами», «трамвай», «метання мішечків», тощо).

III група — ігри з тонізуючим психофізичним навантаженням. Їх призначають для дітей, приблизно, через 6 місяців після одужання (або відсутності загострення хвороби). Вихідні положення під час гри: стоячи, при ходьбі, дозований біг. Амплітуда рухів середня та велика. В іграх III групи одночасно вимагається увага, точність, спритність, координація рухів, використовуються елементи змагань, ігри-естафети (наприклад: «чия ланка швидше?», «школа м'яча», тощо).

Ігри IV групи — з тренуючим психофізичним навантаженням, розраховані на дітей з доброю фізичною підготовкою, які займаються в підготовчій або основній фізкультурних групах, в спортивних гуртках. Ігри пропонують дітям у стані стійкої ремісії захворювання, не менше ніж через 6 місяців після розвитку чи загострення захворювання. Вихідні положення дітей під час гри: стоячи, при ходьбі. Ігри цієї групи відрізняються від попередніх тим, що ставлять великі вимоги до діяльності органів дихання, кровообігу, нервової системи. Вони проводяться з великою амплітудою рухів, включають біг, вимагають швидкісної реакції, швидкості, а деякі і витривалості (наприклад: «змія», «тачки», «чехарда»).

Повторно через 3 місяці нами було обстежено 56 дітей із 107, що становить 52,3 % (51,7 % діти експериментальної групи та 48,3 % діти контрольної групи). Це дозволило нам проаналізувати

запропонований нами індивідуальний підхід до реабілітації дітей з БА протягом більш тривалого часу (не лише у стаціонарі, а й протягом періоду ремісії), оскільки вихідні показники дітей обох груп були практично однаковими [5, 6].

При повторному обстеженні, після занять за домашньою програмою ніхто з дітей не припинив сходження на сходинку під час тестування (Гарвардський степ-тест), в той час як по закінченні лікування у стаціонарі 28,9 % дітей перервало тестування.

Реакцію бронхів на фізичне навантаження на момент виписки зі стаціонару було виявлено у 37,9 % дітей з тих, що прийшли повторно, з них 23,2 % діти експериментальної групи та 19,64 % діти контрольної групи. Через 3 місяці занять за домашньою програмою з фізичної реабілітації, при повторному тестуванні на реакцію бронхів на фізичне навантаження, вона була виявлена у 22,4 % дітей, з них 10,7 % — діти експериментальної групи та 12,5 % — діти контрольної групи. Тобто у дітей експериментальних та контрольних груп після курсу фізичної реабілітації за домашньою програмою підвищилась толерантність бронхів до фізичного навантаження. Однак у дітей експериментальної групи цей показник кращий ніж у дітей контрольної групи, що вказує на доцільність індивідуалізації програм з фізичної реабілітації. Після занять за домашньою програмою фізичної реабілітації у дітей експериментальної групи приріст по усіх показниках (табл. 1) виявився кращим, ніж у дітей експериментальної групи при $p < 0,01$. Лише показники співвідношення життєвої ємності легень до належної величини за даними дослідження статистично не вірогідні, однак можна говорити про те, що тенденція до покращення є кращою у дітей експериментальної групи над контрольною.

Усі ці дані підтверджують ефективність занять з дітьми, хворими БА за домашньою про-

грамою фізичної реабілітації та індивідуалізації цієї програми зокрема. Тому дуже важливо, щоб дитина з цією патологією з перших днів після ліквідації загострення могла і в школі отримувати кваліфікаційну допомогу щодо засобів та інтенсивності тренувального процесу, працюючи за домашньою програмою фізичної реабілітації.

Дитина з астмою може вести такий же активний спосіб життя і досягати успіхів у спорті, як і практично здорові діти. Яскравим прикладом цього являються високі спортивні досягнення спортсменів-астматиків [2, 4].

З літературних джерел встановлено, що особливо великих досягнень у спорті хворими на БА досягнуто у плаванні. Так, абсолютним рекордсменом серед плавців, які хворіють на астму і здобули Олімпійські медалі, є Марк Спіц (2 золоті медалі у Мехіко, 1968 р., 7 медалей у Мюнхені, 1972 р.). До багаторазових олімпійських медалістів належать Еймі ван Дукен і Ліз Макайнте. Серед німецьких плавців — чемпіон світу і неодноразовий володар Кубка світу Крістіан Келлер. Усі вони були хворі на БА до початку спортивної кар'єри [2, 4, 11].

Серед спортсменів — астматиків такі відомі атлети як: легкоатлетка Джеккі Джойнер-Керсі (срібний призер Олімпійських ігор 1984 р., дворазова Олімпійська чемпіонка 1988 р. і чемпіонка 1992 р.), яка страждала з 1983 року на порушення функції дихальної системи, після обстеження їй діагностували БА; Білл Кох — один з сильніших американських лижників; метательниця спису — Карін Сміт; учасниця 4-х олімпіад, володарка 3-х золотих і 1-ї срібної медалі на Олімпійських Іграх в Лос-Анджелесі — Ненсі Хогсхед [2].

Важливим моментом при заняттях фізичними вправами є ліквідація страху в дитини (чи її батьків) щодо виникнення приступу спровокованого фізичним навантаженням. Коли досягнуто медикаментозну стабілізацію стану дитини, то

Таблиця 1

Зміна функціональних показників у дітей 7—13 років, хворих на бронхіальну астму протягом занять за домашньою програмою фізичної реабілітації

| Показники | Експериментальна група | | | Контрольна група | | |
|-----------------|---------------------------|----------------|-------------|---------------------------|----------------|-------------|
| | При виписці зі стаціонару | Через 3 місяці | Приріст у % | При виписці зі стаціонару | Через 3 місяці | Приріст у % |
| PEF, л/хв. | 270,69±70,66 | 298,1±67,51 | 10,1** | 270,37±74,76 | 280,7±72,22 | 3,8** |
| ЖЄЛ, л | 1,75±0,5 | 2,0±0,57 | 14,2** | 1,68±0,53 | 1,83±0,5 | 8,9** |
| ЖЄЛ/НЖЄЛ, % | 77,48±12,15 | 85,75±10 | 10,6 | 73,67±8,43 | 78,11±7,76 | 6 |
| ЕГК, см | 5,95±1,37 | 7,25±1,13 | 21,8** | 5,59±1,48 | 6,48±1,11 | 15,9** |
| ІГСТ | 49,37±14,0 | 61,52±13,44 | 24,6** | 44,25±16,6 | 52,75±12,69 | 19,2** |
| Проба Штанге, с | 29,03±10,02 | 31,82±10,69 | 9,6** | 29,52±6,97 | 30,25±6,42 | 2,4** |
| Проба Генчі, с | 16,28±7,22 | 17,86±4,88 | 9,7** | 16,63±4,63 | 16,88±4,0 | 1,5** |

Примітка: PEF — пікова швидкість видиху, ЖЄЛ — життєва ємність легень, ЖЄЛ/НЖЄЛ — співвідношення життєвої ємності легень до належної, ЕГК — екскурсія грудної клітки, ІГСТ — індекс Гарвардського степ-тесту; ** — $p < 0,01$

можна переходити до занять фізичною культурою / спортом [11]. Для цього потрібно врахувати:

- 1) впровадження фармакотерапії;
- 2) можливість застосування медикаментів перед заняттям фізичною культурою/спортом;
- 3) врахувати фактори впливу навколишнього середовища — погоду, дію алергенів та те, як їх можна звести до мінімуму;
- 4) застережливі засоби проведення фізичного навантаження для дітей з бронхіальною астмою:
 - розминка;
 - визначення методу вправи;
 - визначення інтервалу відпочинку;
 - звернути особливу увагу на шляхи і способи відпочинку під час виконання фізичного навантаження — впровадження дихальних вправ;
 - закономірне релаксаційне (відновлювальне) закінчення навантаження (фізичного заняття / тренування) — заминка.

Беручи ці алгоритми до уваги при складанні програми для даної дитини, потрібно також врахувати її бажання виконувати ту чи іншу фізичну вправу.

Після виписки зі стаціонару діти продовжують отримувати ліки протягом тривалого часу. Це так звана базисна терапія, яка допомагає контролювати перебіг захворювання [1]. На фоні цієї терапії дитина паралельно займається за домашньою програмою фізичної реабілітації.

В таблиці 2 наведені препарати, які використовуються для попередження приступу астми, викликаного фізичним зусиллям, їх призначає лише лікар [2, 5]. Деякі автори віддають перевагу інгаляційним препаратам [3].

Частина дітей, яка страждає приступами астми, викликаними фізичним зусиллям, здатна контролювати їх за допомогою немедикаментозних методів (дихальні вправи, масаж, спеціальні

положення, відпочинок), але більшість дітей, як правило, у таких випадках приймає медикаментозні препарати [8], що підтвердилось результатами нашого дослідження методом анкетування. Але потрібно взяти до уваги те, що ці препарати не лікують, а лише контролюють стан, що дає можливість займатись різними видами рухової активності [2], і саме тому:

— при призначенні препарату потрібно проконсультуватися у лікуючого лікаря як і коли його приймати (яка тривалість дії препарату, за скільки часу до занять фізичною культурою його приймати, яка побічна дія).

— найбільш ефективними є інгаляційні препарати, оскільки вони діють швидко і безпосередньо за місцем призначення. Їх доцільно мати з собою під рукою під час занять фізичними вправами.

Тут доцільно наголосити на тому, що призначає, корегує та відмінює медикаменти лише лікуючий лікар. За нашими спостереженнями, хворі часто самостійно, при покращенні стану, починають відмінювати медикаменти, що зриває планомірне лікування та погіршує його кінцевий результат.

Для кількісного визначення інтенсивності тренувальних навантажень найчастіше використовують ЧСС. В основі цього методу лежить принцип, згідно якому існує безпосередній взаємозв'язок між збільшенням споживання кисню під час фізичного зусилля та збільшення ЧСС [6]. Ми, для дітей, хворих на БА, вираховували тренувальне ЧСС за методом Карвонена [10]. Спочатку ми вираховуємо максимальне ЧСС за формулою:

$$\text{ЧСС}_{\text{Макс.}} = 220 - \text{вік}$$

Тоді визначаємо індивідуальний резерв серця (ІРС)

$$\text{ІРС} = \text{ЧСС}_{\text{Макс.}} - \text{ЧСС}_{\text{у стані спокою}}$$

Визначаємо допустиме ЧСС (тобто тренувальне ЧСС на даному етапі)

Таблиця 2

Препарати, які використовуються для попередження приступу астми, викликаного фізичним зусиллям

| Тип препарату | Спосіб приймання | За який період часу до занять необхідно приймати у хв. | Тривалість позитивної дії, год. |
|-------------------------------------|------------------|--|---------------------------------|
| Вентолін (сальбутамол) | інгаляція | 30 | 4—6 |
| Тербуталін | інгаляція | 15 | 3—6 |
| Кромоглін натрію (інтал) | інгаляція | 10—20 | 4—6 |
| Теофілін (тео-дур) | орально | 30—120 | 4—24 |
| Антихолінергічні засоби (антровент) | інгаляція | 30—60 | 6—8 |
| Комбівент (вентолін + атровентом) | інгаляція | 20—30 | 4—6 |
| Беродуал (беротек + атровент) | інгаляція | 20—30 | 4—6 |

- вільний режим — 30—40 % ІРС + ЧСС_{у стані спокою}
- шадний режим — 40—60 % ІРС + ЧСС_{у стані спокою}
- шадно-тренуючий режим — 70—80 % ІРС + ЧСС_{у стані спокою}
- тренуючий режим — 80—85% ІРС + ЧСС_{у стані спокою}

Закономірним буде питання, а як бути із дитиною, у якої відмінна витривалість, але за даними тестування, фізичне навантаження провокує у неї бронхоспазм.

В цьому випадку, якщо дитина застосовує перед заняттями бронхолітичні препарати, які приписав лікар, то тут заняття проходять за загальною схемою фізичного виховання. Коли ж дитина не приймає перед заняттям препарати, то в даному випадку доцільно знизити загальну інтенсивність до того рівня, на якому фізичне навантаження не провокує бронхоспазму і підвищувати толерантність бронхів до фізичного навантаження за методикою Свеженцової Л.Г. А в подальшому поступово збільшувати інтенсивність тренувального процесу.

Що ж робити, коли все таки виник приступ ядухи? Перш за все не панікувати. Посадити дитину так, щоб плечовий пояс був розслаблений, положення дитини було вільне і розслаблене (поза кучера), дати можливість вільного доступу повітря. Якщо це у приміщенні то відкрити вікно. Зробити 2—4 дихальні вправи на затримку дихання та подовжений видих по 3—4 рази кожну. Якщо за допомогою дихальних вправ чи масажу не вдалося зняти приступ ядухи, то потрібно прийняти інгаляційний препарат, яким користується дитина. Після цього звернутися до фізичного реабілітолога для корекції програми з фізичної реабілітації.

Дуже часто батьки дітей, хворих на БА, запитують, яким видом спорту можна займатись їхнім дітям. Це ж питання виникає у вчителя фізичного виховання. Звичайно, дитина, хвора на астму, має обмежені можливості у виборі спортивної дисципліни, оскільки, наприклад, у залах є ризик контакту дитини з пилом, тому тут не можна займатися тим дітям, які чутливі до пилюки і навпаки, на відкритому просторі — тим, хто реагує на квітковий пилок [12]. Дитину потрібно зацікавити тим видом спорту, де вона буде уникати контакту з алергеном. Зимові види спорту є досить ризикованими через вдихання холодного повітря, але це не означає, що дитина з БА не може ними займатися. Для дітей, хворих на астму є протипоказаними заняття зі стрибків із парашутом і пірнання, оскільки тут не можна безпосередньо спостерігати за дитиною. А взагалі потрібно дати дитині можливість самій обирати вид спорту для занять тому, що діти з астмою потребують, так само як і здорові, активного способу життя.

Підбір та дозування фізичного навантаження, режим їх виконання, співвідношення навантаження та відпочинку в окремому занятті з фізичної реабілітації/фізичної культури, складають основу тренувального заняття як педагогічного процесу. Однак існує і ряд інших особливостей, врахування яких безпосередньо пов'язані з підвищенням ефективності впливу на фізичну витривалість.

1. Процес фізичної реабілітації повинен враховувати індивідуальні особливості дитини з БА, а навантаження під час занять відповідати її функціональному стану на кожне конкретне заняття.

2. Незалежно від періоду захворювання процес фізичної реабілітації/фізичної культури повинен забезпечувати відновлення або забезпечення функцій, або компенсації функції чи функціонального обмеження.

3. На заняттях з фізичної реабілітації/фізичної культури потрібно враховувати чергування навантаження та відпочинку із врахуванням особливостей патологічного процесу бронхіальної астми у дітей та індивідуальних особливостей дитини.

4. Систематичні заняття та збільшення об'єму та інтенсивності навантаження буде сприяти тому, що у дітей, в яких фізичне навантаження провокувало приступ ядухи, свистячі хрипи чи задишку, зникатиме страх перед фізичним навантаженням та заняттями фізичною культурою.

5. Програма з фізичної реабілітації повинна бути складена фізичним реабілітологом. Вона повинна обов'язково корегуватися в залежності від стану дитини на момент заняття.

Заняття з фізичної реабілітації, відпочинок, заняття у школі та повсякденному житті, розподілені по часу з урахуванням емоційної сфери дитини, потрібно розглядати як одне ціле.

Висновок. Таким чином, індивідуалізація фізичної реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму направлена на те, щоб дитина, з якою проводять фізичну реабілітацію, була переконана, що може вести активний спосіб життя і отримувати задоволення від занять фізичної реабілітації/спорту. У свою чергу заняття із фізичного виховання повинні бути невід'ємною складовою реабілітаційного процесу, що дозволить дитині бути соціально адаптованою серед ровесників.

Література

1. Беш Л.В. Якщо у вашої дитини бронхіальна астма. — Львів: Поллі, 1998. — 36 с.
2. Гордон Н. Заболевания органов дыхания и двигательная активность. — К: Олимпийская литература, 1999. — 126 с.
3. Жданов В.Ф. Решенные и нерешенные проблемы бронхиальной астмы: с чем мы вступили в XXI век // Международный медицинский журнал. — 2000. — № 4. — С. 15—23.

4. *Иванова Н.* Если у ребенка астма. — Питер С.-П. Москва-Харьков-Минск, 1997. — 42 с.
5. *Івасик Н.* Методика поєднання постурального дренажу та маніпуляційних втручань при лікуванні дітей, хворих на бронхіальну астму // Молода спортивна наука України: Зб. наук. статей з галузі фіз. культури та спорту. Випуск 6. — Львів, 2002. — Т. 2. — С. 321—326.
6. *Івасик Н.О., Івасик О.О.* Фізична реабілітація дітей, хворих на бронхіальну астму, в стані загострення // Актуальні питання педіатрії і дитячої хірургії: Тези доп. наук.-практ. конф., присвяченої 10-річчю Львівської міської дитячої клінічної лікарні. — Львів, 2003. — С. 48—51.
7. *Ласица О.И., Ласица Т.С.* Бронхиальная астма в практике семейного врача. — К.: ЗАО Атлант UMS., 2001. — 263 с.
8. *Макарович А.Э.* Заболевания органов дыхания. — Минск: Высшая школа, 2000. — 363 с.
9. *Страковская В.Л.* Подвижные игры в терапии больных ослабленных детей. — 2-е изд., переработано и дополнено. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
10. *Уилмор Дж.Х., Костил Д.Л.* Физиология спорта и двигательной активности. Перевод с английского. — К: Олимпийская литература, 1997. — 503 с.
11. *Droszcz W. Astva. Zarys patofizjologii, zasady diagnostyki i leczenia* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2002. — 316 s
12. *Milanowski S. Choroby alergicznych układy oddechowego wywołane pyłkami organeznymi* // Polski Merkuriusz Lekarski — 2003. — Т. — XIV. — №84. — S. 577-580.

УДОСКОНАЛЕННЯ РЕЖИМІВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ СЛАБОЧУЮЧИХ СТАРШОКЛАСНИКІВ У ХОДІ ПОЗАУРОЧНИХ ЗАНЯТЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ЗАСОБІВ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

О.В. Колишкін

Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка

Створення оптимальних умов для життєдіяльності інвалідів, особливо дітей, які потребують відновлення втраченого контакту з довкіллям, корекції та наступної психолого-педагогічної реабілітації, трудової адаптації та інтеграції у соціум, належить до першочергових державних завдань. Про це йдеться в затвердженій Указом Президента України цільовій комплексній програмі «Фізичне виховання — здоров'я нації» [4]. Крім того, в ній наголошується на важливості науково-методичного й інформаційного забезпечення фізкультурно-спортивної та реабілітаційної діяльності осіб із обмеженими можливостями.

Важливу роль у вирішенні проблем корекції, реабілітації та соціальної інтеграції дітей з обмеженими можливостями в умовах сьогодення відіграють засоби адаптивного фізичного виховання [3, 5]. Різноманітність і спрямованість фізичних вправ, що застосовуються в системі адаптивного фізичного виховання, варіативність їх виконання дозволяють здійснювати добір і необхідне їх поєднання з урахуванням завдань корекції рухових порушень і підвищення фізичної підготовленості учнів спеціальних шкіл до оптимального рівня.

Втрата слуху, особливо в ранньому віці, негативно позначається на формуванні індивідуальності людини, розвитку функціональних систем і гальмує її соціальну, побутову і психологічну адаптацію, тому вивчення змін у функціональних системах, що взаємодіють і впливають на слуховий аналізатор, має суттєве значення не тільки для діагностування хвороби та викликаних нею ускладнень, але і для обґрунтування і

вибору ефективної методики корекції рухових порушень у слабочуючих.

Дані останніх досліджень, які проведені І.М. Бабій (2002), А.Г. Карабановим (1999), І.В. Ковшовою (1997), Я.В. Крет (2000), А.В. Мут'євим (2003), О.В. Романенко (1997) доводять, що дисгармонійність розвитку дітей з розладами слуху знаходить свій вияв у нижчому, порівняно з нормою, рівні розвитку фізичних якостей і реалізується у вигляді рухових порушень [1, 2]. У зв'язку з цим важливого значення набуває впровадження у спеціальній школі для дітей означеної нозології відповідної системи педагогічних заходів, яка б забезпечувала належний рівень розвитку фізичних якостей в поєднанні з корекційно-оздоровчою спрямованістю процесу адаптивного фізичного виховання.

Аналіз науково-методичної і спеціальної літератури та ознайомлення з практикою роботи спеціальних шкіл для слабочуючих дозволяє стверджувати, що зміст корекційних програм з фізичного виховання слабочуючих школярів є недостатньо розробленим. Наявність суперечностей між психологічними, соціальними і фізичними потребами слабочуючих дітей старшого шкільного віку та їхніми можливостями визначає пошук і наукове обґрунтування ефективних шляхів корекції наявних у них рухових порушень засобами адаптивного фізичного виховання та необхідність створення відповідних умов для їхньої соціальної інтеграції. Актуальність проблеми, її соціально-педагогічна значущість і недостатня розробленість у корекційній педагогіці й зумовили вибір теми нашого дослідження.