

личном и социальном значении здорового образа жизни и мотивации на здоровый образ жизни. Важнейшими педагогическими условиями, способствующими формированию здорового образа жизни, мотивационно – ценностного отношения к сохранению и укреплению здоровья детей и молодежи является субъективный показатель – личностного фактора, играет особую роль в формировании культуры здорового образа жизни, организация учебно – воспитательного процесса путем совершенствования содержания образования посредством включения системы валеологических знаний и умений, необходимость сосредоточения усилий на формирование соответствующего отношения со стороны общества в учебные заведения разного уровня как имеющих целью, наряду с другими задачами, научить детей и молодежь быть здоровыми; шире и глубже развивать профилактическую работу среди молодежи, особенно среди детей и подростков.

**Ключевые слова:** позитивная мотивация, здоровый образ жизни, медицинские знания.

**Karpiuk Roman, Petrik Omelian. Formation of positive motivation for healthy lifestyle among children and youth in the context of the study of school subject "Health Basics".**

The article presents the methods of formation of positive motivation for healthy lifestyles in elementary and secondary school in children and young people in the context of studying school subject "Health Basics" by structural changes in education – teaching process of collective cooperation of school parent councils, student government focus students on personal and social significance of healthy lifestyle and motivation for a healthy lifestyle. The most important pedagogical conditions that promote a healthy lifestyle, motivation – value relationship to the personal factor that plays a special role in the formation of a healthy lifestyle, organisation of training – educational process by improving the curriculum by including valeological of knowledge and skills, the need to focus efforts on developing a positive attitude on the part of society to educational institutions at various levels as those aimed at, along with other tasks, to teach children and young people to be healthy, wider deeper and develop prevention work among young people, especially among children and adolescents.

**Key words:** positive motivation, healthy lifestyle, medical knowledge.

УДК 378.048.2: 614.23

Михайло Омельчук

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)*

### **Вивчення сучасного стану сформованості компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги**

У запропонованій статті розглянуто питання компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги, проведена оцінка рівня теоретичних знань та практичних навичок. Запропоновано план заходів щодо покращення компетентності з її надання у майбутніх провізорів під час проходження циклу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» як складової навчального плану післядипломного навчання.

**Ключові слова:** автоматичний зовнішній дефібрилятор; базові реанімаційні заходи; компетентність з надання першої долікарської допомоги; медикаментозне лікування; серцево-легенева реанімація.

**Постановка наукової проблеми та її значення.** В умовах становлення незалежності України, спрямування вектору розвитку до євроінтеграції, шляху до єдиної європейської сім'ї, де основними цінностями є здоров'я та благополуччя, рівень та тривалість життя громадян, особливої уваги потребує як питання моральності та духовності суспільства, так і питання якості надання медичної допомоги населенню, яке б відповідало європейським стандартам.

Історично в Європі та Україні зокрема, якраз медики являються основними носіями цих цінностей, тому суспільство покладає особливі вимоги до виконання професійних обов'язків медичними працівниками, незалежно від рівня освіти та фаху. Під час трагічних подій що відбулися в Україні медичні працівники проявили найкращі риси суспільства: патріотизм, моральність та духовність, готовності до самопожертви. Цьому підтвердженням являється поява недержавних, некомерційних, волонтерських рухів та об'єднань медиків, з навчання пересічних громадян першій долікарській допомозі, та проведенню базових реанімаційних заходів, що відповідає сучасним вимогам суспільства. Особливої уваги в наданні першої долікарської допомоги відводиться умінню проведення базових реанімаційних заходів. Актуальність даного питання зумовлена результатами досліджень, які проводились в Європі, де підтверджено збільшення кількості успішних реанімацій при проведенні їх випадковим свідками, що мали навички BLS (базових реанімаційних заходів) та з використанням AED (автоматичного зовнішнього дефібрилятора) [7, с.372]. Для прикладу – в нашого найближчого сусіда – Польщі, курс невідкладної допомоги, включаючи базові реанімаційні заходи

(BLS) та користування автоматичним зовнішнім дефібрилятором (AED) є обов'язковим у всіх вищих медичних навчальних закладах, не залежно від спеціальності за якою проходять навчання студенти, а також даний курс поширився на пересічних громадян (за даними статистики більше 25% громадян пройшли навчання).

**Аналіз досліджень цієї проблеми.** Провізори являються невід'ємною частиною системи охорони здоров'я в Україні і у випадку необхідності повинні вміти та якісно надати першу медичну допомогу, що виходить з існуючої законодавчої бази в сфері охорони здоров'я, яка регламентує професійну діяльність медиків та провізорів зокрема, а саме статті 78 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992р. № 2108 (зі змінами та доповненнями) щодо обов'язку фармацевтичних працівників «безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях», а також «постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності» (пункти б та д). В цих умовах особливої уваги потребує питання аналізу професійної компетентності вітчизняних провізорів як безпосередніх представників медичної галузі, в тому числі з надання першої долікарської допомоги. Дане питання повстало в зв'язку з існуючою проблемою комерціалізації фармацевтичної галузі, що призвело до формування умов коли провізори не завжди ототожнюють себе з системою охорони здоров'я, та медициною загалом, а свою професію розглядають як реалізацію товару (ліків), а робоче місце як торговий об'єкт. Порушення професійної етики та деонтології, та усвідомлення своєї професії лише як відпуск медикаментів, подання рекомендацій по лікуванню, та превалювання прагматичних цінностей, що сприяють розповсюдженню практики самолікування, призводять до збільшення кількості алергічних та хронічних захворювань, погіршення стану здоров'я населення України [1.с. 320]. Тому необхідним являється ретельний аналіз рівня знань та сучасного стану сформованості компетентності майбутніх провізорів з надання першої долікарської допомоги та способів оптимізації навчальних планів та програм підготовки під час післядипломної освіти, для формування стійких навичок з надання першої долікарської допомоги, виходячи з вимог суспільства.

**Мета роботи** – оцінити рівень теоретичних знань та рівень вмотивованості до набуття знань та навичок, визначити рівень сформованості компетентності з надання першої долікарської допомоги, у майбутніх провізорів.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Для реалізації визначеної мети роботи нами обрано тактику соціологічного дослідження, яке реалізовано методом анкетування.

Вважаємо за доцільне розглянути ключові поняття.

**Соціологічне дослідження** – комплекс способів та методів отримання інформації в сферах суспільного життя, поведінки людей, соціальних та професійних груп, колективів, їх відносин та взаємодії між собою. «Соціологічне дослідження – це система логічно послідовних методологічних, методичних та організаційно-технічних процедур, спрямованих на глибоке вивчення, аналіз і систематизація соціальних фактів, виявлення зв'язків, залежностей між соціальними явищами і процесами, формування на основі зібраної інформації нових знань та розробка заходів щодо управління об'єктом, котрий досліджується, його прогресивним розвитком» [2, с. 355].

Соціологічні дослідження поділяють за типом та методами дослідження.

Основні типи соціологічного дослідження діляться на: а) за метою: на фундаментальні та прикладні дослідження; б) за глибиною аналізу: пошукові дослідження, описові дослідження, аналітичні дослідження.

Методами соціологічного дослідження є – опитування, аналіз документів, соціологічне спостереження, соціологічний експеримент. Методом являється головний спосіб збору, обробки та аналізу отриманої інформації про опитуваний об'єкт.

Типи та методи соціальних досліджень описані в роботах різних фахівців в області соціології. Так Дворецька Г. В.[2, с 359-360], М. Горшков і Ф.Шерега [3, с. 13-15], в залежності від цілі проблеми, виділяють наступні типи соціологічних досліджень: розвідувальні (пошукові), описові, аналітичні, експериментальні, разове і панельне дослідження, та методи досліджень: контент-аналіз, спостереження, соціометрія, лінгвосоціологічні процедури, соціальний експеримент, опитування [4, с. 48]. Тип соціального дослідження визначається ціллю дослідження, яке проводиться, актуальністю проблеми, та можливості (способів) отримання інформації. Описові дослідження проводять тоді, коли визначено проблему дослідження, зібрані відомості (дані) щодо об'єкту дослідження, а дослідник знає характеристику (кваліфікацію) об'єкту дослідження, та має очікування результату в залежності від характеристики соціального об'єкту. Мета такого дослідження полягає в

отриманні емпіричних відомостей, які б давали відносно цілісне уявлення про досліджуване явище, його структурні елементи і за допомогою яких можна було б перевірити описову гіпотезу, а в разі її підтвердження зробити повний кількісний і якісний опис об'єкта. Для якісно проведеного соціологічного дослідження повинна бути чітко визначена структуризація та класифікація об'єктів дослідження. Для проведення аналізу та формулювання висновків дослідження інформація збирається з допомогою анкетного чи монографічного обстеження, кореляційного аналізу (аналіз залежності між випадковими величинами).

Для правильного та якісного проведення соціологічного дослідження мають бути виконані наступні процедури: обов'язкова класифікація досліджуваного суб'єкту, збір та систематизація даних про предмет дослідження на основі вибіркового чи монографічного обстеження, анкетування, кореляційного аналізу. Основою соціологічного дослідження являються методи збирання, обробки та аналізу отриманої соціальної інформації. Власне процедурою соціологічного дослідження є послідовність всіх дій по плануванню та структуризації дослідження, та способів отримання та обробки інформації соціологічного дослідження (типів та методів соціологічного дослідження) [2, с. 360]. Найпоширенішим методом збору інформації від об'єкту дослідження є соціологічне опитування, що базується на основі комплексу заданих питань респондентові, а на практиці реалізується у вигляді проведеного анкетування.

**Анкетування** – метод масового збору матеріалу за допомогою спеціально розроблених опитувальників, що називаються анкетами. Це різновид опитування, який передбачає заповнення респондентом власноруч спеціального бланку із запитаннями анкети, яка також містить інформацію соціально-демографічного характеру про респондента [5, с. 2].

**Анкета** (від фр. *enquete*): Спеціально розроблений дослідниками (спеціалістами) опитувальний лист (картка) для отримання інформації шляхом опитування респондентів. Використовується при проведенні соціологічних, політичних, маркетингових досліджень для оцінки поточної ситуації (стану справ) або визначення перспектив (прогнозу) розвитку досліджуваних процесів.

Виділяють наступні види анкетування: індивідуальне або групове (в залежності від кількості опитуваних), очне та заочне (поштове, пресове).

Складаючи анкету опитувач повинен пояснити мету та умови анкетування, та врахувати морально-етичні норми поведінки, так як відповідь респондента є добровільною та з власного розуміння норм поведінки. Кожна анкета повинна складатись з трьох частин: вступна, основна частина та «паспортчик» та мати питання різних видів та складності [6, с. 103].

Вчені мають різні думки з приводу класифікації питань анкет. С.С. Новикова подає наступну класифікацію: за формою (закриті, відкриті, напіввідкриті, прямі, опосередковані); за конструкцією відповідей (дихотомічні («так», «ні»), поліваріантні, шкальні, питання-діалоги, питання ілюстрації); за цілями (змістові, функціональні функціонально-психологічні, питання-фільтри, контрольні питання; та за змістом (питання про факти, питання про знання, питання про внутрішній стан (думки, ставлення)) [6, с. 103].

*Закриті* – це такі питання в анкеті, коли наводиться декілька варіантів відповіді.

*Напівзакриті* – перелік питань доповнюється відповіддю «інше».

*Відкриті* – респондент самостійно формулює відповідь, в анкеті не передбачено жодних варіантів.

*Пряме* запитання ставиться з ціллю отримати від респондента пряму відповідь на питання, *опосередковане* – дає змогу респонденту висловити власну думку, *дихотомічні* питання мають взаємовиключний характер та передбачають відповіді «так – ні».

Анкетування передбачає включення питань для визначення мети та змісту, а також ставлення опитуваних до проблеми дослідження, питання мають формулюватися просто та зрозуміло для респондента, та мають відповідати цілям дослідження.

Виходячи з ключових понять, проведене нами дослідження, стосовно перевірки рівня теоретичних знань щодо надання першої долікарської допомоги серед майбутніх провізорів, за своїм характером, являється аналітичним та описовим, і реалізується методом анкетування. Метод анкетування на нашу думку являється найбільш простим, показовим, таким що найбільш оптимально дає змогу розкрити цілі та проблематику дослідження, та охопити велику кількість респондентів для більшої достовірності результатів.

Нами було розроблено анкету, яка містить 20 запитань закритого, напівзакритого типу, які мають характер контрольних та питань – фільтрів. Всі питання являються прямими. Для конкретизації цілей анкету було поділено на три блоки. За допомогою даної анкети було опитано 144 респондента (провізорів-інтернів), які успішно засвоїли матеріал, передбачений до опанування під час вивчення

розділу навчального плану інтернів-провізорів «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» що передбачає вивчення таких питань, як: симптоми анафілактичного шоку, невідкладна допомога; приступ бронхіальної астми, клінічні прояви та невідкладна допомога; транзиторний ішемічний приступ, симптоми, невідкладна допомога; артеріальна гіпотензія, симптоми, невідкладна допомога; термічні опіки, відмороження, утоплення, отруєння чадним газом, клінічні прояви та невідкладна допомога; закриті та відкриті переломи верхніх та нижніх кінцівок, симптоми, невідкладна допомога; запаморочення, перегрів на сонці, синдром закахування, симптоми, невідкладна допомога. Серед числа опитаних 43 респонденти мали попередню середню медичну освіту. Анкетування було анонімним.

Перший блок з 7 питань був сформований таким чином, щоб оцінити відношення до навчання з надання першої долікарської допомоги, виявити ступінь розуміння інтернами - провізорами важливості вивчення дисципліни та актуальності проблеми, в контексті професійної діяльності та в відповідності до вимог суспільства, оцінки якості подання матеріалу під час навчання в університеті.

Другий блок питань передбачав безпосереднє визначення компетентності та знань інтернів що до проведення базових реанімаційних заходів під час серцево-легеневої реанімації в відповідності до міжнародних стандартів надання медичної допомоги.

Третій блок питань був сформований з метою перевірки обізнаності інтернів-провізорів щодо надання першої долікарської та медичної допомоги, а також медикаментозного забезпечення (вибір оптимального лікарського засобу) при травмах, та особливих ситуаціях, а також включав в себе 3 ситуаційні задачі.

**Оцінка результатів:** За результатами анкетування проведеного серед 144 провізорів-інтернів, які успішно засвоїли курс «Невідкладна медична допомога» передбачений навчальним планом, було виявлено наступне: 95,9% не в повній мірі володіють знаннями та навиками проведення базових реанімаційних заходів (час на пошуки ознак життя у пацієнтів з зупинкою кровообігу, співвідношення компресій та вентиляції, частота натискань грудної клітки за хв., глибина натискання грудної клітки). Даний рівень знань є абсолютно недопустимим, так як якість проведення базових реанімаційних заходів та якнайшвидша дефібриляція (в випадку провізорів вміння користуватись AED) є одними з небагатьох факторів, які сприятливо впливають на виживання пацієнтів в зупинці кровообігу, та збільшують відсоток пацієнтів що вижили, що доведено клінічними дослідженнями. Зокрема на виживання впливає швидке підтвердження зупинки кровообігу (до 10 с – 22,9% вірних відповідей), якнайшвидший початок реанімації, високої якості натискання грудної клітки (100-120 за хв. – 37,5% правильних відповідей), глибина натискання ( 5-6 см., – 22,9% вірних відповідей) та вентиляція (співвідношення 30 : 2, – 47,9% правильних відповідей), використання AED (39,6% правильних відповідей). А правильну відповідь щодо часу на підтвердження зупинки кровообігу, співвідношення натискань та вентиляції, частоти та глибини натискань грудної клітки, дали лише 4,1% опитаних респондентів, що дало б можливість правильно та в повному обсязі провести базові реанімаційні заходи.

60,4% опитуваних не правильно обирає тактику дій в випадку раптової зупинки кровообігу: так як найшвидша доставка AED та швидке проведення дефібриляції – являється ключовим кільцем «ланцюга виживання». Адже основною причиною смертності в розвинутих країнах і в Україні є хвороби серцево-судинної системи, а раптова зупинка кровообігу часто є проявом ішемічної хвороби серця та інших захворювань системи кровообігу, приблизно в 50% первинним механізмом зупинки кровообігу являються дефібриляційні ритми (фібриляція шлуночків). В декількох європейських дослідженнях, присвячених аналізу реанімаційних заходів було доведено збільшення випадків успішної реанімації при застосуванні AED випадковими свідками зупинки кровообігу (не професійними рятувальниками) на догоспітальному етапі. Так, в залежності від умов, ефективність дефібриляції в перші 3-5 хв. варіює від 50 до 70%. Що стосується зволікань з початком проведення реанімаційних заходів та власне дефібриляції, то слід зазначити, що означена бездіяльність достовірно погіршує прогноз та ефективність реанімації [7, с. 372.].

95,9 % невірно вибрали заходи щодо надання невідкладної допомоги при травмах (розпізнавання видів кровотеч, ефективних способів зупинки кровотеч), та тактики в випадку травми. Це є недопустимим, адже травми посідають друге місце серед причин смертності в Україні, хоча варто відмітити що 77,1% респондентів вірно обрали тактику при артеріальній кровотечі, адже гіповолемія (крововтрата) є основним патогенетичним чинником травматичного шоку, і невірно обрана тактика та недостатній контроль зовнішньої кровотечі, при масивній кровотечі, достовірно призводить до зменшення виживання у травмованих.

Лише 11,8% анкетованих змогли визначитись з причиною критичного стану пацієнта та надати коректне та правильне медикаментозне лікування, що свідчить про недостатню як професійну (фармакогнозія) компетентність так і про низьку компетентність з надання першої долікарської допомоги майбутніми провізорами. Адже невірне обране медикаментозне лікування при невідкладних станах, може нашкодити та погіршити стан пацієнта.

Аналіз першого блоку питань, що спрямовувалися на визначення мотивації та розуміння потреби в наданні першої долікарської допомоги та реанімаційних заходів, виявив високу вмотивованість майбутніх провізорів, та розуміння проблеми, та незадоволеність якістю методами та формами навчання невідкладній допомозі.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Виходячи з аналізу анонімного анкетування, ми можемо констатувати, що майбутні провізори мають високу, але на нашу думку недостатню мотивацію та розуміння потреби щодо навчання з надання першої долікарської допомоги та проведенню реанімаційних заходів населенню при виникненні такої потреби, а низький рівень знань з надання першої долікарської допомоги, після засвоєння курсу «Невідкладна медична допомога» може бути поясненим неналежним рівнем подачі інформації, та недосконалими формами і методами проведення занять, про що свідчать дані анкетування. Це потребує не лише роботи з інтернами по формуванню морально-етичних якостей та мотиваційно-аксіологічного компоненту професійної сформованості як базового, що сприяє розумінню потреби отримання знань та навичок з надання першої долікарської допомоги, а і розробки та оптимізації форм і методів навчального процесу, створення нового плану та структури занять. Ми пропонуємо за основу використання досвіду викладання та проведення занять на курсі в Європейській раді реанімації, з застосуванням методів активного та інтерактивного навчання шляхом застосування стимуляційних сценаріїв, методу чотириох кроків та методу постійного оцінювання.

#### *Джерела та література*

1. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : Монографія/ В.Ф.Москаленко. - К.: Книга плюс, 2008. – 320 с.
2. Дворецька Г. В. Соціологія: Навч. посібник. – Вид. 2-ге, перероб. і доп. – К.: КНЕУ, 2002. – С. 355., 359-360.
3. М. Горшков, Ф. Шерега. Как провести социологическое исследование / Под ред. Горшкова, Ф. Э. Шереги - М: Политиздат, 1990. – С. 13-15
4. Кушерець В.І. Полторак В.А. Вибори до Рад: громадська думка. – К., 1990. – С.48.
5. Лукіна Т.О. Технологія розробки анкет для моніторингових досліджень освітніх проблем: методичні рекомендації / Т.О.Лукіна . – Миколаїв: ОІППО, 2012. – С. 2.
6. Новикова С.С. Введение в прикладную социологию. Анкетирование. – М.: СпортАкадемПресс, 2000. – 103 с.
7. Ringh M, Rosenqvist M, Hollenberg J, et al. Mobile-phonedispatchoflaypersons for CPR in out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med 2015;372:2316–25.

#### *Referens*

1. Moskalenko V. F. Principles of constructions optimal health systems : Ukrainian context : monograph/ V. F. Moskalenko - K.: Knyha plus, 2008. – 320 p.
2. Dvoretzka G. V. Sociology: tutorial. – Second edition, remaked and expanded- K.: KNEU, 2002. – P. 355., 359-360.
3. Gorshkov M., Sherega F. How to provide a sociological study/ edited by Gorshkov M., Sherega F. - M: Politizdat, 1990. – P. 13-15
4. Kusherets' V.I. Poltorak V.A. Election to rada: social idea. – K., 1990. – P.48.
5. Lukina T.O. Technology of profiles development for monitoring research of educational issues: guidelines / T.O. Lukina . – Mykolaiv : OIPPO, 2012. – P. 2.
6. Novikova S.S. Introduction to applied sociology. Questioning. – M.: SportAkademPress, 2000. – 103 p.
7. Ringh M, Rosenqvist M, Hollenberg J, et al. Mobile-phonedispatchoflaypersons for CPR in out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med 2015;372:2316–25.

**Омельчук Михаил. Изучение современного состояния сформированности компетентности провизоров по оказанию первой доврачебной помощи.** В предлагаемой статье рассмотрены вопросы компетентности провизоров по оказанию первой доврачебной помощи, проведена оценка уровня теоретических знаний и практических навыков. Предложен план мероприятий по улучшению компетентности ее предоставления в будущих провизоров при прохождении цикла «Помощь при неотложных состояниях и острых отравлениях» как составляющей учебного плана последипломного обучения.

**Ключевые слова:** автоматический внешний дефибрилятор; базовые реанимационные мероприятия; компетентность по оказанию первой доврачебной помощи; медикаментозное лечение; сердечно-легочная реанимация.

**Omelchuk Mykhailo. The study of the current state of formation of pharmacists competence to provide first aid.**

The proposed article the question of competence of pharmacists to provide first aid, and by analyzing anonymous survey of 144 pharmacists future assessed the level of theoretical knowledge and practical skills. The attention is focused on the relevance and necessity of mastering the knowledge and skills of basic resuscitation (BLS) and rapid use of automated external defibrillator (AED), as activities that significantly affect survival in stopping blood flow. The survey results show the lack of motivation to study, and a low level of knowledge in providing first aid in future pharmacists. An action plan is offered to improve the competence to provide first aid for future pharmacists during their cycle "Assistance in emergency conditions and acute poisoning" as part of the curriculum of postgraduate studies, namely - the use of methods of active and interactive learning through simulation scenarios ,method of four steps and the method of continuous assessment.

**Key words:** automatic external defibrillator; basic resuscitation; competence to provide first aid; ; medication; cardiopulmonary resuscitation.

УДК 373.2.091.4

Тетяна Павлюк

*Рівненський державний гуманітарний університет (м. Рівне)*

### **Навчання дітей дошкільного віку елементів математики за системою М. Монтесорі в умовах інклюзивної групи**

У статті обґрунтовано актуальність проблеми навчання дітей дошкільного віку елементів математики в умовах інклюзивної групи. Виокремлено особливості навчання дошкільників математики за системою М. Монтесорі та стан її використання в інклюзивних групах.

**Ключові слова:** дитина старшого дошкільного віку, дитина з особливими освітніми потребами, дошкільний навчальний заклад, математика, Монтесорі, інклюзія, інтеграція.

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Проблема включення дітей з особливими освітніми потребами в колектив здорових однолітків сьогодні набуває неабиякої актуальності. Розробка методик і технологій роботи в умовах інклюзивної групи потребує вивчення і впровадження класичної спадщини видатних педагогів. Особливої ваги набуває педагогічний досвід Марії Монтесорі, яка у своїх працях доводить, що діти з обмеженими можливостями здоров'я потребують створення особливих умов навчання і виховання, які б сприяли корекції порушень і вільному природному розвитку особистості. Це важливо під час навчання дошкільників математики, адже йдеться не лише про накопичення математичних знань, умінь та навичок, а формування їх логіко-математичної компетенції.

**Аналіз досліджень цієї проблеми.** Теоретичні засади організації інклюзивного навчання стали предметом досліджень В. Синьова, Т. Ілляшенко, А. Колупасової, Н. Назарової, В. Тарасун, І. Хафізулліної, Ю. Шумилівської та ін. Практичним аспектам організації інклюзивного навчання присвячені праці О. Мартинчука, М. Захарчука, С. Алексеєнко, І. Демченко, М. Хайруддінова.

У дослідженнях, присвячених проблемі математичного розвитку дошкільників, увага акцентується на формуванні в дітей окремих математичних знань про кількісні відношення, форму, величину предметів, орієнтування в просторі і часі (Р. Березіна, Л. Гайдаржийська, Л. Зайцева, В. Колечко, З. Лебедева, Г. Леушина, К. Назаренко, Т. Степанова, А. Столяр, Т. Павлюк, К. Щербакіна та ін.) У наш час реалізується ідея найпростішої логічної підготовки дошкільників (А.Столяр), розроблена методика розвитку логічних операцій за допомогою спеціальної серії логіко-математичних ігор (Л.Венгер, Р.Говорова, А.Столяр, З.Михайлова), розвиваючих ігор Б.Нікітіна.

Різні аспекти проблеми застосування системи Марії Монтесорі в освіті України знаходимо у дослідженнях А. Андрушко, В. Горюнова, З. Борисової, Н. Прибильської, Б. Жебровського, Т. Мостової та інших. Вчені І. Дичківська та Т. Поніманська особливості використання системи Марії Монтесорі в українських дошкільних навчальних закладах висвітлили в книзі «М. Монтесорі: теорія і технологія». Дослідниця Д. Сорокова видала посібник методики застосування системи Марії Монтесорі на практиці з метою отримання якомога вищих результатів «Математика за методом Марії Монтесорі в дитячому садку та школі».

**Метою статті** є аналіз стану впровадження системи М. Монтесорі для навчання дітей дошкільного віку елементів математики в умовах інклюзивної групи.